

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 059334

ND 44 795

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7019 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : retraité

Nom & Prénom : EL TEKKI, Mouna

Date de naissance : 19-01-02

Adresse : Rue Sidi HAZEN N°9

HA - Sheems EL 3430 Dhs

Tél. : Total des frais engagés : 3430 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/09/2020

Nom et prénom du malade : EL TEKKI MOUNA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie de l'otite et de l'oreille

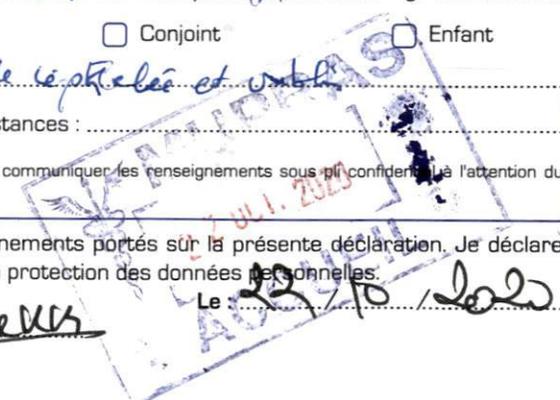
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le 23/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/09/20	CS		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/2020	930,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24.09.2020	T0107 Cerebrule	2500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

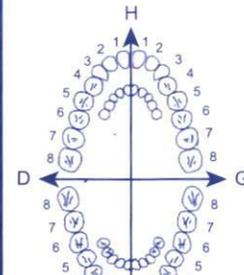
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة



المركز الإيستشفاني الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 23/09/2020

ORDONNANCE

Docteur :

Dr EL MEKIKI ABIDA

Boite : 8/10/2020

310,00 x 3



① VALDOXAN

2 cp 4 fois / 3min



930,00

8286
24/09/2020





IBN ROCHD ابن رشد
الدار البيضاء Casablanca

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 23/8/20

Prénoms - Nom du malade : M. MARIJA EL JEKKI

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<ul style="list-style-type: none">- 58 ans.- ATCD = goitre à répétition (à l'âge)- un bilis à billet récente + ir edentifs.	<p>Foie à RM échotopique avec chute de tri pps com pas Jhu</p>

Le médecin traitant :

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

F A C T U R E

N° de l'admission : 20004484 N° Facture 20004564 Date facturation : 29/09/2020

Nom et prénom du patient : **NAIMA EL MEKKI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 24/09/2020 Sortie: 29/09/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
IRM CEREBRALE	1.00	2 500.00	2 500.00
		sous-total	2 500.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille cinq cents dirhams

total : 2 500.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir Angle Bd. Hassan II
Tél: 0522 49 73 73 - Casablanca

FACTURE

N° de l'admission : 20004484 N° Facture 20004564 Date facturation : 29/09/2020

Nom et prénom du patient : **NAIMA EL MEKKI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 24/09/2020 Sortie: 29/09/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
IRM CEREBRALE	1.00	2 500.00	2 500.00
		sous-total	2 500.00

arrêtée la présente facture à la somme de :	
Deux mille cinq cents dirhams	total : 2 500.00
immatriculation :	
N° prise en charge :	

Autre compte bancaire :

LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir Angle Hassan II
Tél: 0522 497 373 - Casablanca

Dr. A.BELHOUCINE

CASABLANCA, le 24 Septembre 2020

NOM DU PATIENT : EL MEKKI NAIMA

MEDECIN PRESCRIPTEUR : CHU IBN ROCHD CASABLANCA

EXAMEN REALISE : *IRM CEREBRALE ET HIPPOCAMPIQUE*

TECHNIQUE :

- T2 ET FLAIR AXIAL.
- T2 ECHOS DE GRADIENT AXIALE.
- T1 SAGITTALE.
- Diffusion AXIALE.
- FISTA AXIALE.
- T2 coronale perpendiculaire aux lobes temporaux

RESULTAT :

- Le parenchyme cérébral à l'étage sus ou sous tentoriel ne présente pas d'anomalie .
- Respect des cavités ventriculaires.
- Absence d'anomalie des sillons périphériques.
- Absence de foyers ischémique ou hémorragique.
- L'étude des hippocampes sur les coupes coronales montre une minime atrophie grade 1 de Scheltens.
- la fosse postérieure est respectée.
- L'étude de l'angle ponto-cérébelleux montre un CAI respecté à droite comme à gauche.
- Absence d'anomalie du paquet acoustico-facial.

CONCLUSION:

- ✓ Note d'atrophie hippocampique bilatérale, grade 1 de Scheltens.
- ✓ Absence d'autre anomalie notable.

En vous remerciant de votre confiance

DR BELHOUCINE

