

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-644023

82990

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : RAN 0212 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMDOUNE DOUNIA

Date de naissance : 25/01/1984

Adresse : Residence Ghilou, App B, 2^e Etage, Beni Yekraf, Mohammédia.

Tél. : 060303260 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : I. Karima FICHTALI
Professeur Agrégée
Gynécologie-Obstétrique

Date de consultation : 14/07/2021

Nom et prénom du malade : SAMDOUNE DOUNIA Age : 37

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : _____

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 : 14/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
Professeur Agrégée
Gynécologie-Obstétrique

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
14/07/21	CS 6		6000	Pr. K. KHALIL Professeur Agrégé Gynécologie-Obstétrique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 84 427 / 2021 du 14/07/2021

Nom patient : SAADOUNE DOUNIA

Entrée 14/07/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/07/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULT SPECIALITE GYNECO+ECHO	1,00	CS	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENTS DIRHAMS	Total 600,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			600,00		600,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Email: contact@hkhz.gov.qa
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 N° INP 090061862

Tension 10/8

Nom & Prénom :

Seadonne Douma

Date de naissance :

Date: 14/07/2021

Opérateur :

Appareil : GE Voluson

Type : E6

mise en service 03/2015

Modalités d'examen: Voie Endovaginale.

-Utérus en position antéversé, de contours régulier mesurant.....d'échostructure homogène.

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de...échogène... en inhacavitaire sous
structure inhacavitaire visible

-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : Corps Jaune hémorragique
- Ovaire gauche : RAS

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion : Echographie end vaginale Corps Jaune hémorragique
+ endomètre échogène sous structure inhacavitaire visible
(à contrôler au début du cycle)

Tension 10/8

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 210714092248NA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100371600	SAADOUNE DOUNIA	14/07/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1586 Lui-même	600,00
	Total payé	600,00

Reçu établi par : NAW.BEL

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 26 03 53 44
Fax : 05 26 03 53 44
Email : contact@hki.ma
www.hki.ma



مركز الفديا

14/07/21 09:20:20

9900398091

93980901

HOP CHEIKH KHALIFA G14

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

SAADOUNE DOUNIA

xxxxxxxxxxxxx1152

11/22 CARTE NATIONALE

E55720EFC030280B

201-0-9999-1-44

MONTANT: 600,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 158028

STAN : 001586

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT



