

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-644023

82990

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : RAM 1222 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMIA DOUNIA

Date de naissance : 25/01/1984

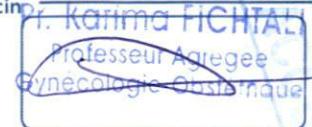
Adresse : Residante Chlouj App 18, Ben Yakkouf, Hotel Meimia.

Tél. : 0600303260

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2023

Nom et prénom du malade : SAMIA 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 : 14/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Dr. KARIMA FICHTALI

Professeur Agrégée  
Gynécologie Obstétrique

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin effectuant le Paiement des Actes
14/10/16	Examen		Pr. Goo OA	Professeur H. Gobet Enseignant-chercheur Gynécologie-Obstétrique

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

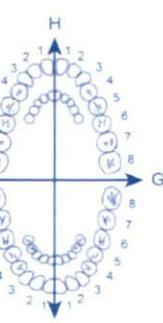
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## RELEVE 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 canalaires, 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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>H</b>			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	<b>D</b>	<b>G</b>		
	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	35533411	11433553		
	<b>B</b>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULT SPECIALITE GYNÉCO+ECHO	1,00	CS	600,00 Sous-Total	600,00 600,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>600,00</b>

*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  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ichm.ac.ma  
N°INP : 290061862

Tension 1018



Nom & Prénom : Saadoune Dounia

Date de naissance :

Date: 14/07/2021

Opérateur :

Appareil : GE Voluson

Type : E6

mise en service 03/2015

Modalités d'examens: 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 intra cavitaire sous structure intra cavitaire 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 liquidiens.

Conclusion : Echographie end vaginale ..... corps jaune hémorragique + endométrium échogène sous structure intra cavitaire visible (à recontrôler au début du cycle)

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca , Maroc  
Tél :+212 529-004-466- Fax : +212 529 004 488  
www.fckm-hck.ma

Pr. Karima FICHTALI

Professeur Agrégée  
Gynécologie Obstétrique

Dr Fichtali

Tension 1018

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
	<b>Total payé</b>	<b>600,00</b>

Reçu établi par : NAWBEL

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 0525 035347  
Fax: 0525 035348  
Email: guerre.nawbel@chekh.com.ma



14/07/21 09:20:20  
9900398091  
93980901  
HOP CHEIKH KHALIFA G14  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
SAADOUNE DOUNIA  
xxxxxxxxxxxxxx1152  
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

Voluson™  
E6

RIC5-9-D/GYN

MI 1.3

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

7.0cm / 1.2 / 27Hz Tls 0.3

14.07.2021

11:27:53 AM

Voluson  
E6

GYN 1  
Har-low  
100 G  
Gn -1  
C6 / M4  
P4 / E3  
SRI II 3



Voluson™  
E6

RIC5-9-D/GYN

MI 1.3

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

7.0cm / 1.2 / 27Hz Tls 0.3

14.07.2021

11:27:45 AM

Voluson  
E6

GYN 1  
Har-low  
100 G  
Gn -1  
C6 / M4  
P4 / E3  
SRI II 3



Voluson™

(E6)

RIC5-9-D/GYN

MI 1.3

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

7.0cm / 1.2 / 27Hz Tls 0.3

14.07.2021

11:28:50 AM

Voluson

E6

GYN 1

Har-low

100Ω

Gn -1

C6 / M4

P4 / E3

SRI II 3

Voluson™  
(E6)

RIC5-9-D/GYN

MI 1.3

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

7.0cm / 1.2 / 27Hz Tls 0.3

14.07.2021

11:28:25 AM

Voluson

E6

GYN 1

Har-low

100Ω

Gn -1

C6 / M4

P4 / E3

SRI II 3

1 D 3.26cm