

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

- Reclamation : 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.



Declaration

N° W21-657906

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 873			
Société : 103954			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEKKI CHIADM			
Date de naissance : 25/06/147			
Adresse :			
Tél. : 06.61.34.47.98 Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : PR. AL BAROUDI Saad Spécialiste en Chirurgie Viscérale INPE : 101100618 Hôpital Cheikh Zaid			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Mexki chiadm Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : oncologique			
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'adjudant conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : Le : / /

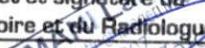
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONGBAIRES

Dates des Actes	Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
13.01.2022	CS		gratuit	 Dr. BARAKAT 13/01/2022 18:11 Spécialiste en Chirurgie Institut Cheikh Zaid

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEXE 2 : RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pr. HAMMAMI Spécialiste en Radiologie Hôpital Cheikh Zaid *** 	13/01/2019		450,00 

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																		
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																		
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">—————</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">—————</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">—————</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">—————</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	—————		—————	B	00000000	00000000	—————		—————	G	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
—————		—————																				
B	00000000	00000000																				
—————		—————																				
G	35533411	11433553																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																		
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																		
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Rabat, le : 13/12/2022

Docteur Dr. Fekkai Chadi

Demande d'hospitalisation
de Jan

Par mariage Silian

S/S élu

3401



H



prof. hanafi

Rabat, le

13/11/2022

Docteur

Dr Chiaoui El Nekki

DR il ya 10 mois

Aujourd'hui, il n'a pas de maladie
(cf son IRN) avec 4 nœuds sur
au PET CT.

Prise faire chirurgie bréaine
externe.



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

IPP : 1 546 409

Quittance N°

L223339872

2 550 230

DI : 2 900 257

Patient : CHIADMI MEKKI

Montant : 201,00 Dh (deux cent un et xx / 100)

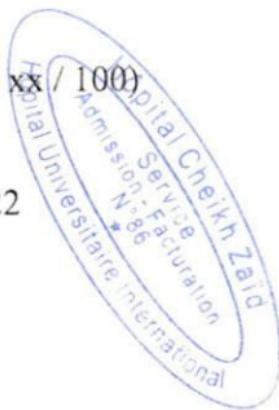
Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 20/01/2022

Description :

Medecin : BAC BACTERIO

Motif : BACTERIO + ATB (BACT)



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE LABO

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Cachet du caissier :

N° 1889168

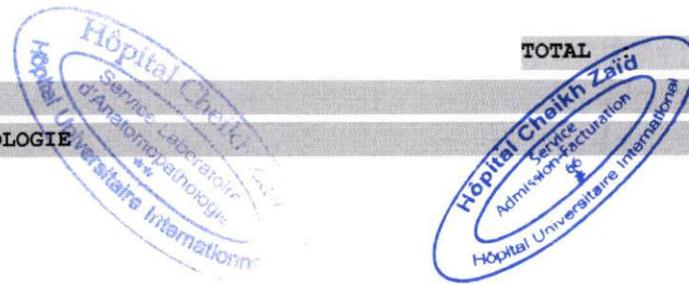


N° DE FACTURE : 2022/P/11194
IPP : 1546409
N° DOSSIER : X223330243
NOM & PRENOM : CHIADMI MEKKI

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
DATE ENTREE : 13/01/2022
DATE SORTIE : 13/01/2022
DATE FACTURATION : 26/01/2022

FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
IMAGERIE MÉDICALE			4 140,00
ACTES ANATOMOPATHOLOGIE			400,00



Arrêtée la présente facture à la somme de quatre mille cinq cent quarante et xx / 100

TOTAL FACTURE	4 540,00
TOTAL ENCAISSEMENT	4 540,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2022/P/11194 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
 IPP : 1546409 DATE ENTREE : 13/01/2022
 N° DOSSIER : X223330243 DATE SORTIE : 13/01/2022
 NOM & PRENOM : CHIADMI MEKKI DATE FACTURATION : 26/01/2022

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
IMAGERIE MÉDICALE			
DRAINAGE ABCÈS SOUS SCAN	4 140,00	1,00	4 140,00
TOTAL IMAGERIE MÉDICALE : 4 140,00			
ACTES ANATOMOPATHOLOGIE			
CYTOLOGIE NON GYNÉCOLOGIQUE	400,00	1,00	400,00
TOTAL ACTES ANATOMOPATHOLOGIE : 400,00			
Honoraires Médecins			
FAYCAL ABBAD			
CYTOLOGIE NON GYNÉCOLOGIQUE	140,00	1,00	140,00
TOTAL FAYCAL ABBAD : 140,00			
TOTAL Honoraires : 140,00			
Arrêtée la présente facture à la somme de quatre mille cinq cent quarante et xx / 100	Total général :		4 540,00
Total encaissement :	4 540,00	Solde	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD



IPP : 1 546 409
Origine : Externe
Prélèvement du : 13/01/2022 11:01:38
N°Dossier : X223330243
Organisme : CLIENTS PAYANTS

Référence : 220103202
RDV : 3 330 595
CHIADMI MEKKI
Sexe : M Né (e) le : 25/06/1947
Prescripteur :

BACTÉRIOLOGIE

Examen Cytopathologique

Origine de prélèvement : Liquide voie biliaire

Examen direct

- * Réaction cellulaire faible
- * Absence de germes

Culture

Culture Négative



COMPTE - RENDU D'EXAMEN ANATOMO - PATHOLOGIQUE

Nom Prénom : CHIADMI Mekki
Age Sexe : 75 M
IPP : 1546409
Réf. Anapath : 22 C 0016

De la part du : Pr. L. HAMMANI
Service : Bloc opératoire
Reçu le : 13/01/22
Répondu le : 14/01/22

Renseignements cliniques : Liquide de drainage biliaire - cytologie

Parvenu un flacon étiqueté – Liquide de drainage biliaire :

Comporte 4ml d'un liquide sérohématique.

L'examen cytologique, après réalisation de cytospots et étalements sur lames (2), coloration à l'hématine-éosine et au May Grunwald Giemsa montre sur un fond hématique et légèrement inflammatoire polymorphe une cytologie représentative. Présence de cellules épithéliales cylindriques hautes isolées, ou groupées en amas réguliers. Elles sont munies de noyaux réguliers. Présence de rares foyers dystrophiques. Présence de polynucléaires ainsi que de cellules macrophagiques régulières.

Absence de cellules atypiques ou de signe cytologique de malignité.

Conclusion :

- **Cytologie biliaire négative pour la malignité**
- **Cytologie biliaire hématique et inflammatoire polymorphe**

Une corrélation aux données cliniques et de l'imagerie est souhaitable

Dr F. Abbad

Dr. ABBAD Fayçal
Spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques
INPE : 091194936
Hôpital Cheikh Zaid

CXIM0115