

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.

229974

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8361 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL YOUSFI SAMIR

Date de naissance : 15/04/67

Adresse : n° 19 JML RESIDENCE NADIA CASA

Tél. : 0661265229

Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/04/2022

Nom et prénom du malade : REHOUF HOUSSA Age: 42 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

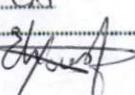
Nature de la maladie :

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.

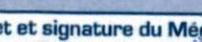
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 02/04/2022

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 attestant le Paiement des Actes
01/04/2022		1	6	INP :  Hôpital Universitaire de Liège

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- Upper Left Quadrant:** Teeth 1 through 8.
- Upper Right Quadrant:** Teeth 9 through 16.
- Lower Left Quadrant:** Teeth 17 through 24.
- Lower Right Quadrant:** Teeth 25 through 32.

A horizontal axis labeled 'D' extends to the left from the center, and a vertical axis labeled 'H' extends upwards from the center. A point 'B' is marked at the bottom center of the arch.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

02/04/2022

Rehman Hossain

Hôpital Cheikh Khalifa
Service Radiologie
tél : (+212) 529 00 44 66
E-mail : www.hck.fcm.ma

echographie Abdomen -

pelvis



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 41 458 / 2022 du 02/04/2022

Nom patient : REHIOUI HOURIA

Entrée 02/04/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Echographie abdomino-pelvienne	1,00		600,00 Sous-Total	600,00 600,00
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
Service Radiologie
Tél : (+212) 052 00 44 66
E-mail : www.hck-fckm.ma

Reçu de caisse

N° : 220402102121KH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200484986	REHIOUI HOURIA	02/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	004473	600,00
Total payé		600,00

Reçu établi par : KHA CHAO

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : www.hck-fekm.ma

CASABLANCA, le 02/04/2022

PATIENT : REHIOUI Houria

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

RESULTATS :

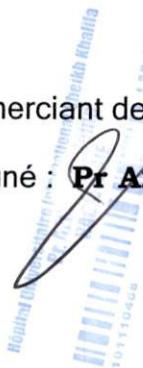
- Foie de taille discrètement augmentée (150mm), de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans anomalie focale échographiquement décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.
- Vésicule biliaire à paroi fine et de contenu trans sonique pur.
- Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiasis rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ni endoluminale.
- Utérus de taille normale, d'échostructure homogène avec une ligne de vacuité fine et médiane.
- Ovaïres de taille normale et d'échostructure homogène.
- Absence d'épanchement ou d'adénomégalie profonde

CONCLUSION :

- **Discrète HMG**
- **Echographie abdomino-pelvienne sans anomalie visible par ailleurs.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



CMI

مراكز التصديات

02/04/22

10:19:27

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

EL YOUSFI HOURIA

xxxxxxxxxxxxxx8920

10/23 CARTE NATIONALE

880C02E506DD639E

201-0-9999-1-44

MONTANT: 600,00 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION: 460469

STAN : 004473

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**