

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

N° M21- 0060850

139730

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7019

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL NEKKI

Naïma

Date de naissance :

19-01-1962

Adresse :

Rue Sidi HRAZEN N°69 HAY
SALAN C.I.L. CASA

Tél. : 0661161890

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2022

Nom et prénom du malade : EL NEKKI NAIMA Age :

Lien de parenté : A Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AGGREGATION C.R.L.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 DE 05 05

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 : Casa

Le : 07/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/10/22	Consultation	1	1100 Dhs	Pr. Med. A. HASSIBI O.R.L Centre ORL de Diagnostic et Exploration C.O.D.E.A.L FARD BI Casablanca - Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Rue de Brahim Roudani - Casablanca Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 48 85 Mai: 05 10 53 75 55

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
	21/10/22	Echo TGA	900 dhc

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرايبوري
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le 01.10.122...

Reçu la somme de

.....100.00.....

De Mr, Melle, Mme

EL MEGKKI NAIMA

Pour consultation ORL (C2) + (K S) pour microaspiration pour

Bouchon de cérumen

Pr. Med. A. HESSISSEN

O.R.L

Centre ORL de Diagnostic et Explorations

C.O.D.E AL FARABI Casablanca

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca

Tel: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 20 18 85

INPE : 091038758



مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراقي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 0522 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 0522 20 18 85

RADIO

Mr, Melle, Mme EL MEGKII NAIMA
Renseignements cliniques : Gen prisante G cervicale

Le 01/10/12
Age : 60 ans

Nécessite la radiographie suivante :

- Rx POUMON
- Rx PANORAMIQUE
- BLONDEAU SCANNER
- I. R. M. (T1, T1 Gadolinium, T2)
- Rx COLONNE CERVICALE (F/P)
- ECHOGRAPHIE Doppler
- T. D. M.



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 137 591 / 2022 du 21/10/2022

Nom patient : **EL MEKKI NAIMA**

Entrée 21/10/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE-DOPPLER DES TRONCS SUPRA-AOR	1,00		900,00 Sous-Total	900,00 900,00
Total Frais Clinique				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS	Total	900,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	900,00	900,00	0,00

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAUX
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SANTÉ-FAMILLE

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 221021131008KH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200580592	EL MEKKI NAIMA	21/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000824	900,00
	Total payé	900,00

Reçu établi par : KHA.CH/0

[Signature]
HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SERVICE RADILOGIE

CASABLANCA, le 21/10/2022

PATIENT : **EL MEKKI Naima**

IPP : **170702190502ME**

DATE NAISSANCE : **19/01/1962**

NUMERO DOSSIER : **2200580592**

ECHODOPPLER CERVICAL

gène pulsatile latérocervicale gauche

RESULTATS :

À droite comme à gauche :

➤ **Artère carotide commune :**

- Morphologie : absence de plaque ou de sténose. Absence d'anomalie des courbes vélocimétriques

➤ **Artère carotide externe et interne :**

- Morphologie : absence de plaque ou de sténose
- Doppler : vélocités systoliques normales

➤ **Vertébrale :**

□ Visualisée en V1-V2, perméable et présente une courbe vélocimétrique et un sens circulatoire physiologique.

- Absence de masse de l'axe jugulocarotidien.

Petit ganglion sous-maxillaire gauche palpable de morphologie et d'échostructure normale.

Glandes sous-maxillaires et thyroïde sans anomalie

CONCLUSION :

Absence d'anomalie morphologique ou hémodynamique des troncs supra aortiques.

Absence de syndrome de masse cervicale. Petit ganglion sous-maxillaire gauche bénin.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BENSLIMA**





مركز التقدیرات

21/10/22

12:44:10

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

MME EL MEKKI NAIMA

xxxxxxxxxxxxxx0522

08/24 CARTE NATIONALE

B701D703CD32AF33

221-0-9999-1-44

MONTANT : 900,00 MAD

NUM TRANSACTION : 009

NUM AUTORISATION : 914978

STAN : 000824

DEBIT

Le CMI vous remercie

**TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT**