

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 l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060850

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7019 Société : RAN.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MEKKI NAIMA

Date de naissance : 19-01-1962

Adresse : Rue Sidi HAZEN N°69 HAY

SALAN C.I.L. CASA

Tél. : 061161899 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2022

Nom et prénom du malade : EL MEKKI NAIMA Age :

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : Casa Le : 07/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
11/10/22	SAK		2100 DH	Pr. Med. A. HASSI O.R.I Centre O.R.L. de Diagnostic et d'Exécution C.O.D.E AL FARABI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Rouhani, Casablanca Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 48 84 TANPE 1 051039753

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 TRA	900 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

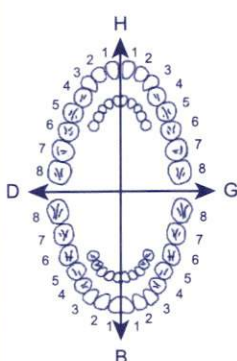
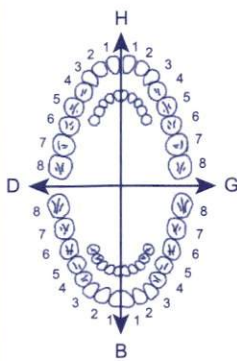
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] 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



AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي
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 07.10.22....

Reçu la somme de

..... 200.000

De Mr, Melle, Mme

ELMEKKI NAÏMA

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 - Casa
Tel : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091032753

code

AL FARABI

RADIO

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفارابي 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 ELMEKKI NAIMA

Le 07/10/22

Age : 60 ans

Renseignements cliniques : Gén. pr. l'otite G cervicale

Nécessite la radiographie suivante :

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

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Oujda
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

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	900,00
			Sous-Total	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 INTERNATIONAL
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SERVICE RADIOLOGIE

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

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 : KHALIL CHAO





CASABLANCA, le 21/10/2022

PATIENT : **EL MEKKI Naima**

IPP : 170702190502ME

DATE NAISSANCE : 19/01/1962

NUMERO DOSSIER : 2200580592

ECHODOPPLER CERVICAL

gêne 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 :**

- o Morphologie : absence de plaque ou de sténose
- o 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 النقديات

21/10/22

12:44:10

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

MME EL MEKKI NAIMA

xxxxxxxxxxxxx0522

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