

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12765 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KALBABI Yousra

Date de naissance : 28/06/1971

Adresse : Res. Elouaïd, 1000, 6ème étage, 1085 Casablanca

Tél. : 1942.66988888 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/06/2013

Nom et prénom du malade : EL JAHAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : GROSSEUR

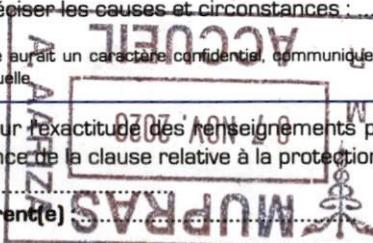
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

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
27/10/23	S.éch.	600DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mme R LAHOU EL KATEB 84 Boulevard Bouabdellah Tél. 05 22 25 39 14	27-10-2023	281.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie de l'Oasis
Mme R LAHLOU EL KATER
64, Boulevard A. Bouabid - Oasis
Tél : 05 22 25 39 74
Casablanca, le : 27/10/2013

وصفة طبية

Ordonnance

نـ EL JIHAD ASNAA

40.10

1/. Tamiflum 80: 
0.1 g/j/c pr 10 دف

(08.60

2/ Ostco carb: 
1 gr/j/c 11h pr 1 دل

21.00

3/ Yofolvit: 
0.1 gr/j/c pr 10 دل 

61.70

4/ GESTEL: 200: 2000 den
an coudre j/c pr 05 دل

T = 281.80

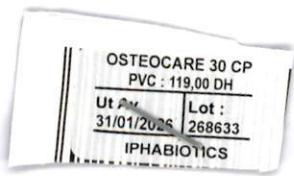
319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAoudi

PPV : 40.50 DH



LF30642A
04/2025
61 DH 70



Quittance - Paiement espèces

827129

IPP :

N° D'admission : 2300769827 Montant : 600.00

Patient : EL JEDIDA ASNAA

Payé par :



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 23/10/2023

Quittance - Paiement espèces

827129

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient :

Payé par :

Cachet

Informations sur le patient / l'examen		Date d'examen:	27.10.2023	
Nom :	El jihad ARIHA	Praticien :		
ID patient :	280374SU0-23-10-27-8	DDN:		
Indication :		Âge:		
DDR :	GA(DDR)	Sexe :	Féminin	
DDC:		Type d'examen:		
	AG(MAE)	23w4d	DPA(MAE)	19.02.2024
			Grav:	Ab:
			Parité	Ect.:

PFE (Hadlock)	Valeur	Plage	Âge	Plage	GP (Williams)
CA/B/P/LF/CT	655g	± 96g	23w6d		N/D

Mesures 2D	MAE	Valeur	m1	m2	m3	Méth.	GP	AG
BIP (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	5.79 cm	5.79			moy.		23w5d
DFO (HC)		7.83 cm	7.83			moy.		
CT (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	21.87 cm	21.87			moy.		23w6d
CT* (Hadlock)	<input type="checkbox"/>	21.52 cm	21.52					23w4d
CA (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	19.62 cm	19.62			moy.		24w2d
LF (Hadlock)	<input checked="" type="checkbox"/>	4.23 cm	4.39	4.07		moy.		23w6d
Céréb (Hill)	<input checked="" type="checkbox"/>	2.41 cm	2.41			moy.		22w1d

<i>Calculs 2D</i>		<i>Plage</i>
<i>CT/CA (Campbell)</i>	1.11	(AG: OOR)
<i>IC (BIP/DOF)</i>	74%	(70 - 86%)
<i>LF/BIP</i>	73%	(AG: OOR)
<i>LF/CA</i>	22%	(20 - 24%)
<i>LF/CT (Hadlock)</i>	19%	(AG: OOR)

A Canal artériel

FC

143 bpm

143

9/10

QnFE, bonn

Par d'Ano lie

vitaliti's' for the

Johns

Hospital Universitário
Pr. Assistente Interno
ABOERD
Ginecologia e Obstetrícia
Santos

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 151 695 / 2023 du 27/10/2023

Nom patient : ELIJAHAD ASMAA

Entrée 27/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 27/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	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					Total encaissé	Solde
						600,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@hckz.ma
N°INP: 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 27/10/2023

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2300769827	221
Nom patient	ELJIHAD ASMAA	
Médecin	PR. SIATI ABDERRAHIM <i>Gynécologie obst.</i>	
Prestations		
CONSULTATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
Encaissement	0,00 PAYANT	<i>Visa accueil</i> SOF. OUB 13:05

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 64 77
Email: contact@fckm-hick.ma
N°INP 090053352





Voluson

( PB

280374SU0-23-10-27-8

RAB2-6-RS/OB

MI 1.3

HCZ

27.10.2023 2:01:55 PM

Fetal Cardio

Har Moyenne

100μ

Gn -8

C7 / M7

P1 / E1

Voluson

P8



Voluson

( PB

280374SU0-23-10-27-8

RAB2-6-RS/OB

MI 1.3

HCZ

27.10.2023 2:01:36 PM

Fetal Cardio

Har Moyenne

100μ

Gn -8

C7 / M7

P1 / E1

Voluson

P8

