

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canaux, 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 canaux.

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° W19-466284

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22261**

Matricule : **3072** Société : **Royal Air Maroc**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **KARIM MOHAMMED**

Date de naissance : **1-1-1966**

Adresse : **SALMA 2 Rue 32 M 26 N° 204**

Tél. : **0666255805** Total des frais engagés : **300 DH + 100 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

24/12/2020




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
				INP : <input type="text"/>

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
	22/01/20	3.0250 p	300.00
	22/01/20	Echo Physiol	500.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

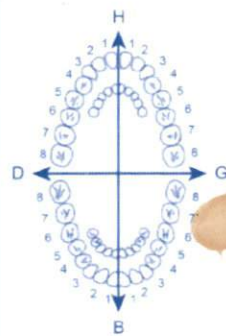
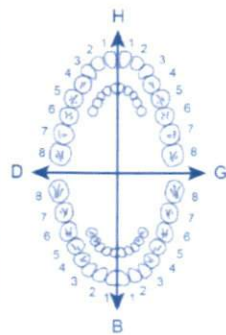
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				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>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
بحث تكوين علاج



وصفة طبية
Ordonnance

Dr. I. Zaid

Casablanca, le :

Dr. Naima Kenani

Echo. Thyroïde

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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologie - Diabétologie
091028514

وصفة طبية
Ordonnance

12. I. 2014

Casablanca, le :

M. NABIMA KENTH

TSH

E-mail : labo@hck.ma
Tél : 05.29.05.02.33
Laboratoire National de Recherche

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologie Diabétologie
091028514

Identifiant du patient : 180719093908MA

Date de naissance : 28/10/2001

Sexe : F

Date de l'examen : 22/01/2020

Prélevé le : 22/01/2020 à 10:08

Edité le : 22/01/2020 à 12:32

Mlle KARIM NASSIMA

Dossier N° : 20014326

Docteur FAROUQI AHMED

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s.	:	1.053	μUI/ml	0.40 - 4.40	0.11 μUI/ml (04/09/2018)
(Test de 3ème génération / ARCHITECT Ci4100)					

Le 22/01/2020 à 12:32

Signature

Dr. OUSTI Fadwa


Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
B.P. 80000 - Casablanca
Tél : 05 19 05 02 33
Laboratoire National de Référence

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



Casablanca, le 22/01/2020

PATIENT : KARIM Nassima

EXAMEN(S) REALISE(S) : Echographie Thyroïdienne

Résultat :

- La glande thyroïde mesurée :
 - Lobe droit : 15 x 16 x 42 mm, soit un volume de 5 mL.
 - Lobe gauche : 11 x 17 x 42 mm, soit un volume de 4 mL.
 - L'isthme : 2mm

Le parenchyme thyroïdien est d'échostructure homogène.

- On retrouve au niveau du lobe thyroïdien gauche :
 - 3 Nodules, médio lobaire et polaires inférieures, kystiques, ovalaires, bien limités anéchogènes mesurés respectivement à 5x3mm, 5x3.6mm et 2mm.
- Absence d'adénopathies cervicales.
- Glandes parotides et sous maxillaires libres.
- Axes vasculaires jugulo-carotidiens libres.
- Respect des plans musculaires antérieurs.

Au total :

Kystes et micro kyste thyroïdiens gauches classés TIRADS 1.

En vous remerciant de votre confiance:

Signé : **Dr S.BERRADA - Dr J.HABI**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr S. Berrada
2020



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 10 176 / 2020 du 22/01/2020

Nom patient : KARIM NASSIMA

Entrée : 22/01/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie : 22/01/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Echographie thyroïdienne	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tel : (+212) 0522 00 44 66
www.hck-fekm.mg

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 10114 / 2020 du 22/01/2020

Nom patient	KARIM NASSIMA	Entrée	22/01/2020
	PAYANTS	Sortie	22/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0250	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

E-mail : labo@khm-hck.ma
 Tél : 05 29 05 02 38
 Laboratoire National de Référence

