

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2190 Société : Royal air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RADIGIT ABDELALI

Date de naissance : 31/05/1955

Adresse : El Hassan II, 10000 Casablanca

Tél. : 0664 09 09 80 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur E. SAWYER Said
Gynécologue - Obstétricien
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
Tél. : 06 61 15 21 71 - INPE : 091029116

Date de consultation : 18/09/2020

Nom et prénom du malade : MEGOUAN AZIZA Age :

Lien de parenté : Même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection urinaire traitée

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 Le : 18/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/09/2014 | CS + echo | | 600000 | Docteur GUYA Gynecologue Obstétricienne - Kinshasa - 0910291 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

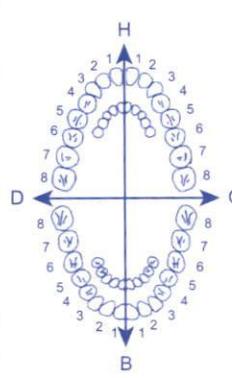
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan

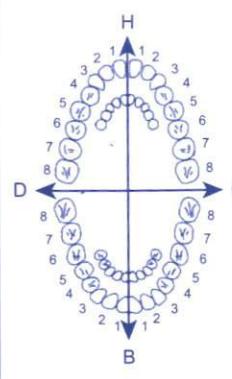
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | |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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



(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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **90 602** / 2020 du **18/09/2020**

Nom patient : **MEGOUAR AZIZA**

Entrée **18/09/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **18/09/2020**

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULT SPECIALITE GYNECO+ECHO | 1,00 | CS | 600,00 Sous-Total | 600,00 600,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 600,00 |

| | | |
|--|--------------|---------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> 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 29 00 44 77
E-mail : contact@fekm.hck.ma
N°INP (0000) 362

Nom & Prénom : N.B. AZIZA MEBOUAR.

Date de naissance : 26

Opérateur : Dr BOUKHYA

Modalités d'examens: Endovaginal

Date:

18/09/2012

-Uterus en position antérieure, de contours régulier mesurant 5,20 cm d'échostructure homogène.

-L'aspect de l'endomètre est d'écho structure normal.

Epaisseur de l'endomètre de 3 mm.

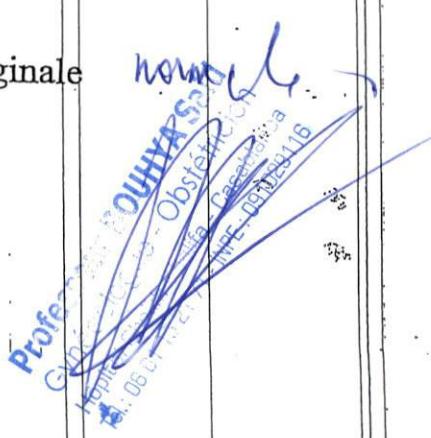
-Les ovaires sont de taille et de structure normale :

- Ovaire droit : RAK
- Ovaire gauche : RAK

-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidiens.

Conclusion : Echographie endovaginale



Date : 18/09/2020

Quittance - Paiement espèces **0506614**

IPP :

N° D'admission : Montant : 600 D.H

Patient : M.E.GOMAR A.Z.P.Z.A

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
Cachet
Admission Facturation

Voluson™



RIC5-9-D/GYN

MI 1.2

HOPITAL CHEIKH KHALIFA

7.0cm / 1.2 / 20Hz

TIs 0.6

18.09.2020

9:40:01 AM

GYN_CRI

10.00 - 2.20

100

Gn -6

C6 / M4

FF1 / E1

SRI II 3 / CRI 3

Voluson
E6



Ut-L 5.29cm