

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.

N° W21-609064

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1032

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sandrine CHADILI

133685

Date de naissance :

Adresse : Liaison Résidence Le Palais

Rue Lalla Youssra Casablanca

Tél. : 0521 15 28 36

Total des frais engagés : WAF185 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : CHADILI Sandrine

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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) :



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
15 Aout 2022	CD	1	300	INP : INPE 091060318 Branche Spécialiste Médical 52 n° des Fleurs 1717165225

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/08/2008	130	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>	<hr/>																	
D	G																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23 , Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 09/09/2022

Facture N° 2636/2022

Nom patient : CHADILI SAADIA

Examen(s) réalisé(s) :
ECHOGRAPHIE CERVICALE:

Montant : 500 DH
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENTS DIRHAMS
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423

Docteur Brahim EL WAFI

SPECIALISTE EN O.R.L.

Maladies et Chirurgies du :
Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

الدكتور براهم الوفي

إختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن - الحنجرة - الأنف - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le 15 AOUT 2022 الدار البيضاء، في

CHARILI SAADIA

- Echographie cervicale



*Dr. Brahim EL WAFI
Specialiste en O.R.L.
Espace Erreda 52, Bd Zerkouni Etage 1
(Face Marché des fleurs) Casablanca
Tél: 0522 2261 17 / 0522 47 12 44*

عمارة الرضا - 52.شارع الزرقطوني - الطابق الأول (أمام سوق الورود) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - الفاكس : 05 22 22 61 77

Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - 1er Etage (Face marché aux Fleurs) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - Fax : 05 22 22 61 77

Casablanca, le 09/09/2022
Dr. EL WAFI Brahim
Chirurgien ORL

Chère Confrère,
Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e), **CHADILI SAADIA**

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Lobe thyroïdien droit :

- Taille : augmentée, mesurant $18 \times 24 \times 52$ mm, soit un volume de $12,5 \text{ cm}^3$.
- Echostructure : hétérogène, par la présence de multiples nodules isoéchogènes, solides et solido-kystiques, de contours réguliers les deux plus volumineux siègent au niveau du tiers moyen, mesurant $11 \times 18 \times 18$ mm et $15 \times 16 \times 19$ mm (EU - TIRADS 3).
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur.

Lobe thyroïdien gauche :

- Taille : normale, mesurant $12 \times 18 \times 41$ mm, sans volume de 5 cm^3 .
- Echostructure : Hétérogène, par la présence de multiples nodules spongiformes, le plus volumineux est isthmolobaire, mesurant $4 \times 7 \times 10$ mm (EU - TIRADS 2).
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur.

Isthme : taille normale et d'échostructure homogène.

Les glandes parotides et sous-maxillaires ne présentent pas d'anomalie notable.

Présence de ganglions latéro-cervicaux bilatéraux, infra-centimétriques, ovalaires, d'architecture conservée, sans hyperhémie périphérique au doppler couleur, d'aspect normal.
Les axes vasculaires sont libres.

Conclusion/

Goitre aux dépens du lobe droit multi-nodulaire classé EU -
TIRADS 3.

