

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 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

M22- 0018449

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société : Rpm

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSMAIL Hamed

Date de naissance : 12.5.51

Adresse :

Tél. : 661664876 Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

MUPRAS Dr. Zakia SOUBHI

Cachet du médecin : 25 NOV. 2022

Date de consultation : 25.11.2022

Nom et prénom du malade : BENRAHMANA Amine

Age :

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

Nature de la maladie : BENRAHMANA Affection

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 28/11/22

Signature de l'adhérent(e) : Ben/val

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
8.11.22			150 DH	

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

2-22 Echo cavité 400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

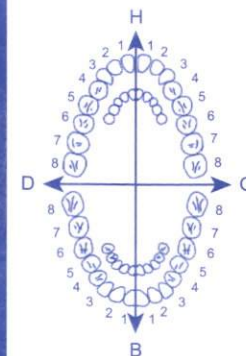
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

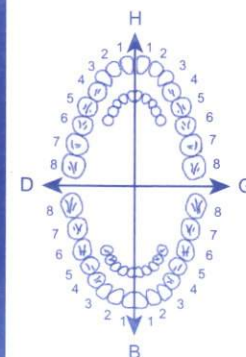
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

Casablanca, le 11 Novembre 2022

DR. SOUBHI ZAKIA

MME. BENRAHMANIA AMINA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE CERVICALE

- La glande thyroïde est augmentée de taille, mesurant :

- Le lobe droit mesure 24 x 20 x 59 mm, soit un volume estimé à 15,4 cm³.
- Le lobe gauche mesure 21 x 24 x 60 mm, soit un volume estimé à 16,7 cm³.
- L'isthme mesure 6 mm d'épaisseur.

- Elle est le siège de multiples lésions nodulaires lobaires bilatérales et isthmiques, de forme ovale, de contours nets, d'échostructure isoéchogène, hétérogène, entourées d'un halo hypoéchogène, sans microcalcifications. Certaines de ces lésions présentent des zones de kystisation avec des granulations colloïdes (en queue de comète). Le plus gros nodule est médio-lobaire gauche, mesurant 18 x 13 mm.

- La vascularisation des nodules est essentiellement périphérique.
- A noter des macrocalcifications périphériques d'un nodule isthmique.
- Absence d'anomalie des glandes parotides et sous maxillaires.
- Absence d'adénomégalie latéro-cervicale

Conclusion :

Goitre multi-hétéro-nodulaire, avec nodules classés EU-TIRADS 3.


RADIOLOGIE ANOUAL

M U P R A S

N° Admission : 22011461 N° Facture : 22011171 Date facturation: 11/11/2022

Nom et prénom du patient : Mme BENRAHMANIA AMINA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO CERVICALE	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : 400.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	400.00 DH
PC N° :		



www.anoual.ma | e-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

وصفة
ORDONNANCE



Le

BEN RAHMANA Amier

Echographie Cervicale

pour Nozouza
Cervicale

Hkr.

Dr. Zakia SOUBRI
ORL
Chef de service chirurgie
Polyclinique CNSS-Derb-Ghalef
CNSS

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1336225	N° SEJOUR : 220101342	FACTURE N° 2202024945		DATE D'ENTREE : 08/11/2022		DATE DE SORTIE : 08/11/2022				
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BEN RAHMANIA,Amina						
MALADE : BEN RAHMANIA,Amina										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10531 DR SOUBHI ZAKIA (O.R.L.)	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 08/11/2022	EDITEE LE : 08/11/2022	PAR: LAGRIB	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

DR Zakia SOUBHI
Chef de Service Chirurgie
O.R.L.
Polyclinique CNSS Derb-Ghallef

Caisse Consultation
Polyclinique CNSS
Derb-Ghallef



وصفة
ORDONNANCE



Le 27/11/2012

Me
BENRAHMANIA Amine

Echographie cervical

Intérêt musculaire
(Anatomie, et non - -)

Dr.

Dr. Zakia SOUBHI
O.R.L.

Chef de Service Chirurgie
Polyclinique CNSS Derb-Ghalef