

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : R.00.202

Société : ESC / Rosat

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD I. Baneck

154167

Date de naissance : 19.2.

Adresse : secteur 4B Rue EL Azhari N° 247 Tariquet Saré

Tél. : 06.64.59.14.33

Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 15/03/2023

Nom et prénom du malade : 70 EL HADDAD I. BANECK Age : 1930

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : dysthyroid

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 : Sale

Signature de l'adhérent(e) : EL



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
15/05/23	C	1	7.200 f. Buv	 Dr. AMAR MED. Médecin - Zéro Tabouqué TÉMOIGNAGE D'ASSERMENTATION 537 73 62 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	15/03/23	R.E30	100,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed Fouad AMAR
MEDECINE GENERALE
Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور محمد فؤاد أumar
الطب العام
خبير محلل مقبول لدى المحاكم

Dr. AMAR Med Fouad
Avenue Med V - Zentak Salwa n° 74
Tabriquet - Salé
MEDECIN ASSERMENTÉ
Tél : 05 37 78 62 74

Salé, le

17/03/23

EL HODDAD A' BAGHDAD

Jar sur le radiogramme
lésion (+ thorax)

Re: distorsion

R
Dr AMAR Med Fouad
Avenue Med V - Zentak Salwa n° 74
Tabriquet - Salé
MEDECIN ASSERMENTÉ
Tél : 05 37 78 62 74

Dr Mohammed Fouad AMAR
MEDECINE GENERALE
Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور محمد فؤاد أumar
الطب العام
خبير محلـف مـقبول لدى المحـاكم

Dr. AMAR Med Fouad
Sale, n° 74
Avenue Med V - Zenkat Salwa
Tabriquet - Sidi
MEDECIN ASSERMENTÉ
Tél: 05 37 78 62 74

Reporte de malade

70 El HASSAN O' BARKA
Né 1930.

Opéré en 2016 : resection
total de la thyroïde
et levée de goitre

L'examen du 15/3/23 révèle
+ lèvre hypertrophiée et tégument
avec TAC P. (regénération ?)

Cnd

Dr. AMAR Med Fouad
Avenue Med V - Zenkat Salwa n° 74
Tabriquet - Sidi
MEDECIN ASSERMENTÉ
Tél: 05 37 78 62 74



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - CONE BEAM - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

FACTURE N° : 3887/2023

EL HADDAD MBARKA	Salé, le 15/03/2023
<i>Examen(s) Réalisé(s)</i>	<i>Montant</i>
Echo Cervicale	400,00
TOTAL	400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES

Identité Bancaire : 022 815 000 065 00 050579 84 63 / SG Salé

DR. M. BENCHEKROUN. B.
12, Rue khalfa R'Mel - Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - CONE BEAM - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

Salé le, 15/03/2023

Nom Et Prénom	: Mme. EL HADDAD MBARKA
N° Patient / N° Dossier	: 41658 / 196925
Médecin Traitant	: Dr . M. F. AMAR
Examen(s) Réalisé(s)	: Echo Cervicale

RESULTATS :

- Présence de formations nodulaires ; l'une au niveau de la loge isthmique à la partie inférieure mesurant 8/9/11mm avec vascularisation périphérique et centrale.
- Présence d'une autre formation nodulaire au niveau de la loge thyroïdienne droite, hyperéchogène mesurant 4/4mm.
- Pas d'adénopathie cervicale.

CONCLUSION :

- Aspect en faveur d'une régénération du tissu thyroïdien nodulaire au niveau de l'isthme et de la loge thyroïdienne droite.

Signification des catégories EU-TI-RADS.

EU-TI-RADS	Signification	Conduite à tenir
1	Examen normal	Absence de surveillance
2	Benin	Une surveillance peut être effectuée
3	Très probablement bénin	<à 20mm : surveillance à 1 an ≥ à 20mm ou progression de 20% du volume ou d'au moins 2mm/ au moins 2 diamètre : Cytoponction
4	Faible Suspicion de Malignité	≥ à 15mm : Cytoponction.
5	Forte suspicion de Malignité	Cytoponction : si >10mm ou si <10mm avec augmentation de taille ou juxta capsulaire ou recherche de primitif.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. NA

DR. M. BENCHEKROUN. B.
12, Rue khlafa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)
Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007
Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr

12، زنقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).