

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)
12310

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMIR

JABTISSAM

Date de naissance : 15-02-1984

Adresse : DR ABDESLAMI YINNE ou LAD SALEM
NOUAFEUR

Tél. : 0660388570

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

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 :

Le : 06/04/2023

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
.....	INP :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

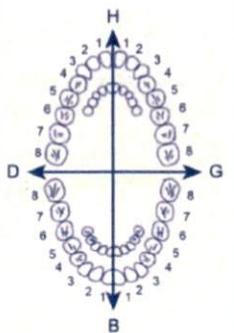
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Radiologie Bd al-Jouz 1069 radiologie1069@gmail.com Tel. 0524 212 143</i>	06/04/2023	Ech. che Cavitole	500 DH
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

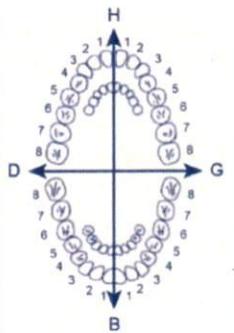
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....
.....
.....

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales

Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

SAMSAM Ibtissam

Famille SVR

Echographie cervicale

AC: patient de 40 ans.

- augmentation du volume de la glande thyroïde :

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Médecin Commandant Mouna EL GHAZI
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224244

Radiologie Al Quods

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris



فحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إخلاصي في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

٠٨٥٢٦١٩٥٥٥٠٦٠

- Scanner Multibarettes
- Dentascaner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)

- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio - Photo

Casablanca , le 06/04/2023

Patiene : SAMSAM IBTISSAM

Prescripteur: DR MOUNA EL GHAZI

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

INDICATION :

Augmentation du volume de la glande thyroïde.

RESULTAT :

Le lobe thyroïdien droit est légèrement augmenté de taille mesuré à :

Hauteur : 48.2 mm

Largeur : 18 mm

Epaisseur : 23 mm

Soit un volume estimé à 10.4 cc.

Ses contours sont réguliers, le parenchyme est d'échostructure hypoéchogène hétérogène, sans élément nodulaire individualisable.

L'isthme est mesuré à 6 mm d'épaisseur.

Le lobe thyroïdien gauche est de taille normale mesuré à :

Hauteur : 40.2 mm

Largeur : 15.6 mm

Epaisseur : 21.2 mm

Soit un volume estimé à 6.96 cc.

Ses contours sont réguliers, le parenchyme est d'échostructure hypoéchogène hétérogène, sans élément nodulaire individualisable.

En mode doppler couleur, on note une hypervasculisation parenchymateuse.

Absence d'adénopathie jugulo-carotidienne.

Les glandes sous maxillaires sont d'aspect échographique normal.

CONCLUSION :

Aspect échographique en faveur d'une thyroïdite aigüe: à confronter aux données biologiques.

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed amine Fathallah



Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

• Diplômé de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

اختصاصي في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibandes
- Dentascaner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)

- Radiologie Interventionnelle / Scanner Echographie / Stétho
- Radiologie Numérique
- Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 06/04/2023

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom SAMSAM IBTISSAM

Date d'examen : 06/04/2023

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
ECHOGRAPHIE CERVICALE	500,00 DH
NET A PAYER	500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DH

RADIOLOGIE AL QUODS N°697

radiologiealquods@gmail.com

05 22 21 43 43

05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tel : 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43
E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

RC : 442995 - PATENTE : 34001560