

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 272 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMAZIGH Zahia veuve MOUTAKAUIYE Tahar

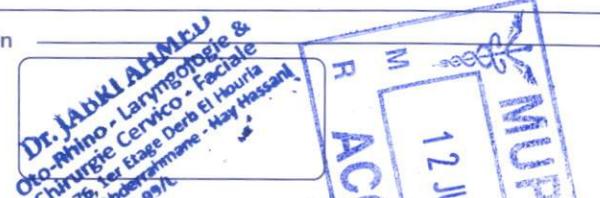
Date de naissance : 1939

Adresse : Résidence Prestige Mazola Rue 1 N° 5 Case

Tél. : 06 71 92 68 95 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : AM 21 dh 2018 / Age : 80 ans

Nom et prénom du malade : Amzigh Zahia / Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Affection RAC / Nature de la maladie : Affection RAC / Pathologie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC / 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 : CASA / Signature de l'adhérent(e) : Zahia / Date : 25/05/2018

Signature de l'adhérent(e) : Zahia / Date : 25/05/2018

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
19/5/23	9,		9	 Dr. JALIL ALHANI Oto-Rhino-Laryngologie & Chirurgie cervico-faciale N° 10, 1 ^{er} étage Darb El Haouria Bd. Sidi Abderrahmane - Hay Hassouna 1022 93 4 997

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
<i>RADILOGIE et LABORATOIRE ANNEA 10, Imp. Contrexéville - 54290 CASPANCE et Bd. St. André - 54290 CASPANCE Tél : 03 22 90 10 10 / 03 22 90 05 27</i>	25.05.23	2 30	300,00

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.																																							
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											CŒFFICIENT DES TRAVAUX					
<input type="text"/>																																							
MONTANTS DES SOINS																																							
<input type="text"/>																																							
DEBUT D'EXECUTION																																							
<input type="text"/>																																							
FIN D'EXECUTION																																							
<input type="text"/>																																							
<p>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											MONTANTS DES SOINS	
		H																																					
		25533412	21433552																																				
		00000000	00000000																																				
		D																																					
		00000000	00000000																																				
		35533411	11433553																																				
		B																																					
<input type="text"/>																																							
DATE DU DEVIS																																							
<input type="text"/>																																							
DATE DE L'EXECUTION																																							
<input type="text"/>																																							

Dr. Ahmed JABRI

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

الدكتور أحمد جابري

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

الدار البيضاء

Casablanca, le :

19/5/2023

الدار البيضاء، في

Mme Amal Zgh 2 Ahry

Hypertension artérielle - Dr. Jabra
drift à la pharynx,
Prise à cœur

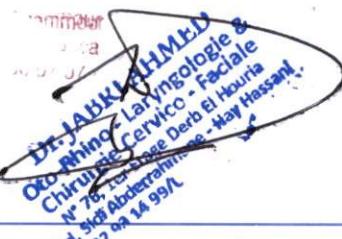
Endoscopy. Compte

RADILOGIE HAY HASSANI

10,

et

11,



RADILOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Immeuble ANFA
Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tel: 05 22 93 10 10 / 05 22 98 07 07

25/05/2023

Casablanca, le -----

Facture N° 1799/05/2023

Nom patient : AMAZIGH ZAHRA

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE CERVICALE

Date Examen(s) : 25/05/2023

Montant : 300 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
TROIS CENTS DIRHAMS**

**RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA**

10, Imm. Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 25/05/2023

PATIENT : Mme. AMAZIGH ZAHRA
MEDECIN TRAITANT : DR JABRI AHMED
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE CERVICALE

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

ECHOGRAPHIE CERVICALE

TECHNIQUE

Examen réalisé avec une sonde de 12Mhz et 18Mhz.

RESULTATS

❖ Discrete hyperthrophie glandulaire, dominant en lobo-isthmique gauche, mesurant :

	<u>Lobe droit</u>	<u>Lobe gauche</u>
Longueur	48,12mm	50,91mm
Largeur	19,90mm	21,96mm
Epaisseur	20,84mm	21,59mm
Volume	10,45 ml (normal=4 à 10ml)	12,63ml (normal=4 à 10ml)

Le volume glandulaire global est de 24,08ml.

- ❖ La glande est de contours bosselés en isthmique gauche, d'échostructure finement et globalement hypoéchogène, siège de nodules tissulaires confluents isoéchogènes, ne dépassant pas 2cm de grand axe avec individualisation d'une kystisation au niveau isthmique gauche et d'un nodule médiolobaire antérieur gauche, ovale et circonscrit de 7,91cm x 3,86cm de diamètres, siège d'une calcification marginale et d'une couronne hypoéchogène, et d'une très discrete vascularisation marginale. Nodule organique classé BI-RADS 4 ?
- ❖ Absence d'adénomégalias latéro-cervicales.
- ❖ Glandes sub mandibulaires de taille normale, homogènes.
- ❖ Axes jugulo-carotidiens libres.

AU TOTAL

Petit goitre, siège d'agglomérats nodulaires confluents.

Une thyroïdite sous-jacente est très probable et les nodules dans le cadre de la thyroïdite sont également probables. A confronter au reste du bilan
Nodule gauche classé BI-RADS 4.

Surveillance échographique de l ensemble des nodules.

Confraternellement

DR O. ALAMI

RADIOLOGIE ANFA
 10, Imm Communal Route d'Azemmour
 Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
 Tel : 05 22 90 10 / 05 22 90 07 07