

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° W21-781520

CO 91

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2609	Société : RONAR de la MRC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ATARDAI AGHA			
Date de naissance : 04/01/57			
Adresse : HABIB DUCHE			
Tél. : 0661097613		Total des frais engagés : 500,00 DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Médecin Colonel Youssef SEKKACH Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Service de Médecine Interne-A Hôpital Roudat INPE 28/10/2013			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Elouen Affe Age : 44			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dystrophie			
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 : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :





VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-781520
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 2609	Nom de l'adhérent(e) : ATARDAI
Total des frais engagés : 500,00	Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
15/01/2021	10	8		INP : 1234567890 Médecin Colonel Youssef SEKKACH Professeur de l'Enseignement Supérieur Chef de Service de Médecine Interne A- HMIMV Rabat INPI N° 101190635

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Hopitaux
 DOCTEUR N. B. SOCRATE Centre de Radiologie 05.37.64.01.02	11/11/28	500,00	DOCTEUR N. B. SOCRATE Centre de Radiologie 05.37.64.01.02

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				



عيادة الراديوولوجي سocrates
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE
تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز
اختصاصي في الراديوولوجي
خريج كلية الطب بباريس
Dr Noure-Ddine FAIZ
Spécialiste en Radiologie
Neuroradiologue
Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V

Le 17/07/2023

Facture N° : 6036/23

Nom et prénom : Mme. CHIADMI AFIFA

Examen(s) réalisé(s) :

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Montant : 500 DH

La présente facture est arrêtée à la somme de **CINQ CENTS DHS.**

Merci de votre confiance.

DR. NED FAIZ



101187904

DOCTEUR N. ED. FAIZ
Centre de Radiologie SOCRATE
Tél : 05 37 64 01 02

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

28/05/11

Médecin Colonel Youssef SEKKACH
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne A
HMI MV - Rabat
INPE N° 101190635

Échographie Thyroïdienne

Re: dy thyroïde

Docteur N. ED. FAÏZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02

Médecin Colonel Youssef SEKKACH
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Chef de Service de Médecine Interne -A-
HMI MV - Rabat
INPE N° 101190635

Le 17/07/2023

Mme. CHIADMI AFIFA

Médecin Traitant : Dr. COLONNEL YOUSSEF SEKKACHE

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Analyse morphologique :

- La glande thyroïde est légèrement augmentée de taille, affleurant légèrement le creux sus-claviculaire à droite, de contours réguliers, mesurant :
 - LD : 54 x 26,6 x 21 mm, **15,8 ml.**
 - LG : 55 x 21,7 x 19,7 mm, **12,4 ml.**
 - Isthme : 3,5 mm.
- La glande thyroïde est d'échostructure finement hétérogène, d'aspect pseudo-micronodulaire par endroit, sans lésion nodulaire focale.
- Absence d'ADP cervicale visible.
- Ganglions latéro-cervicaux bilatéraux bien différenciés et de taille infracentimétrique, d'allure inflammatoire.
- Glandes sous maxillaires d'aspect normal.

Analyse hémodynamique :

- La glande thyroïde est normo-vasculaire au Doppler couleur.

Au total :

- ✓ Goitre thyroïdien modéré (28,2 ml) discrètement plongeant à droite avec stigmates de thyroïdite, sans lésion nodulaire focale.

Merci de votre confiance.

DR. Houda MATTICHE Radiologue.

