

# 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e) <i>curium</i>			
Matricule : <i>10360</i>	Société : <i>RAM</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>KHONRI EL HABIB</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : <i>100</i>	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <i>Niamé Chouraak</i>	
Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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 médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : *Niamé Chouraak*

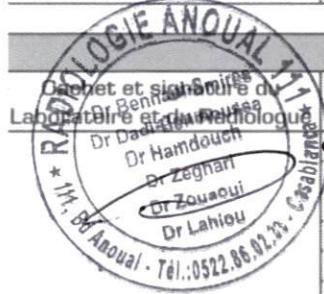
VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-468696
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
Total des frais engagés :	

## 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 : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture



## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Objet et siège de l'acte Législatif et administratif	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr Daoudi - Dr Hamdaoui Dr Zeghafi Dr Zouaoui Dr Lahiou Dr Aboual - Tél.: 0522.86.02.21		Acte d'Échographie Cervicale	4000 DH

## 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 :**

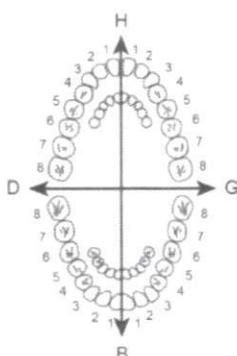
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

### (Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INP :	_____
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	_____
MONTANTS DES SOINS	_____
DEBUT D'EXECUTION	_____
FIN D'EXECUTION	_____
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	_____
MONTANTS DES SOINS	_____
DATE DU DEVIS	_____
DATE DE L'EXECUTION	_____



**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. S. Hanniou**  
Réanimateur-Anesthésiste

**Dr. S. Cherqui**  
Hématologue

11e Neuvième étage

Nos feuille opée dr  
Abdelkader - Mouloud El Youssfi  
Préfet

Félicité Amisie



Dr Chakib BENNANI-SMIRE | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

Nº Admission : 20002196      Nº Facture : 20002154 Date facturati: 07/02/2020

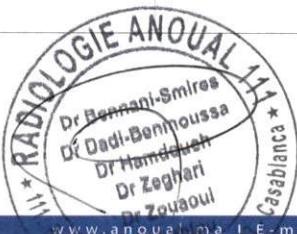
Nom et prénom du patient : Mme NAIMI EP KHOMRI CHOUROUK

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO CERVICALE	1.00	400.00	400.00
Sous-Total			<b>400.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Quatre cents dirhams**      **Total** : **400.00DH**

Adhérent	MR KHOMRI EL HABIB	Part organisme	0.00 DH
Mle	10360	Part patient	400.00 DH
PC N°			



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma  
111, Boulevard Anoual Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
Imagerie du sein, Angiographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 07 Février 2020

**PR ACHARKI ABDELKADER**

**MME. NAIMI EP KHOMRI CHOUROUK**

### **COMPTE RENDU**

#### **ECHOGRAPHIE CERVICALE**

- Lobe thyroidien gauche : 44,4 x 14,5 x 9,6mm, soit un volume de 3,2cm<sup>3</sup>.
- Lobe thyroidien droit : 44,3 x 13,6 x 16,6mm, soit un volume de 5,2cm<sup>3</sup>.
- Isthme : 2mm.

- Mise en évidence au niveau des deux lobes thyroïdiens, de quelques micronodules kystiques dont un à gauche de 2,6mm de diamètre et trois à droite mesurant entre 2 et 3,8mm de diamètre.
- Absence d'hypervascularisation du parenchyme thyroïdien.
- Intégrité des glandes parotides et sous maxillaires.
- Absence d'adénopathie cervicale.

#### **Conclusion :**

Thyroïde de taille normale, siège de quelques micronodules kystiques classés TIRADS 2.





Reçu Avance N° A2001982

CASABLANCA , Le 07/02/2020 9:29

Patient : NAIMI EP KHOMRI CHOUROUK , N° Dossier : 20002196

N° téléphone : 0670050773

Traitements : EXAMEN RADIOLOGIE

Titre : Examen radiologie

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Espèces			400.00

**Liste des examens :**

ECHO CERVICALE

400.00

Reçu par : HAJAR.Z

Montant devis	400.000
Avance exigée	400.000

