

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-509231

ND: 50 450

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10679 Société : RAN

Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : BENAISSA HIND

Date de naissance : 26/01/1976

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24-10-2020

Nom et prénom du malade : BenaiSSa Hind

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Goutte

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 au 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
8 DEC. 2020

ACCUEIL

RELEVÉ 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
7-10-2020		9	300,00	INP: 091130393

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
	25/11/20	6x	700,00
	25/11/20	24,50	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				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



مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naima BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 25/11/2020

FACTURE N° : FA:00 10379/20
Nom : BENAISSA HIND
EP. MORSAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : 700,00 Dhs

SEPT CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

CYTOPONCTION THYROIDIENNE 700,00 Dhs

Total de : 700,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20100 - Casablanca
Tél: 0522 23 50 70 / 05 22 23 50 70 / 05 22 23 50 99
05 22 23 50 99 / 05 22 23 50 70 - Fax: 05 22 23 50 99
e-mail: r.roudani@hotmail.fr



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUKI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

le 25-11-2020

Mme Bewaïssa Hmad

cytoponction thyroïdienne
échoguée : Nodule
latéral Dr.

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maarif
20100 - Casablanca
Tél: 0522 25 13 06 / 0522 25 13 07 / 0522 25 13 08
0522 25 13 09 / 0522 25 13 10 / 0522 25 13 11

RADILOGUE
DR. MSEFER FAROUKI

LABORATOIRE
DE PATHOLOGIE
Roudani - 400 Bd Brahim
Tél: 0522 25 13 08

IBN SINA GESTION

400 Bd Brahim Roudani -Casablanca
Tél/Fax : 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67

Casablanca , le 25/11/20

Date de Réception

25/11/20

BENAISSA HIND

ICE :

Facture n° : 20203368

Cotation	Nature du Prélèvement	Montant Net
P454	Cytoponction	500,00
		NET A PAYER
		500,00

Signé :

IBN SINA GESTION
400, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522 23 08 76 / 05 22 98 48 67



Dr. Zahra Benamour Biaz
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Dr. Amina El Hamdaoui Riffi
Anatomopathologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Compte rendu du : 30/11/2020

Réf. : CYW3230P

Mme BENAÏSSA HIND

**Adressé(e) par : DR SLAOUI Z.
& Dr MSEFER W.**

Reçu le : 25/11/2020

Age : 44 ans

Nature du prélèvement : Cytoponction thyroïdienne d'un nodule lobaire droit

Renseignements cliniques : *Nodule lobaire droit polaire inférieur de 17 mm de grand axe, d'échostructure mixte comportant des petites zones hypoéchogènes : nodule classé Eu-TIRADS 4.*

Il a été communiqué au laboratoire sept étalements cytologiques sur lames. Deux comportent une cellularité faible à modérée, suffisante pour l'évaluation cytologique. Elle est composée de cellules thyroïdiennes groupées en placards disposées en nappes monocouches. Les noyaux sont ronds réguliers, sans atypie notable.

Il n'est pas identifié d'organisation micro vésiculaire.

Il n'est pas observé de papille ni d'atypie nucléaire de type papillaire.

Le fond englobe une colloïde assez riche, avec d'assez nombreuses cellules spumeuses.

Les autres lames sont plus ou moins hémorragiques hémodiluées paucicellulaires.

CONCLUSION : Aspect cytologique évoquant un nodule vésiculaire colloïde remanié, sans atypie notable : catégorie à priori bénin Bethesda 2018.

Docteur Z. BENAMOUR BIAZ

*Dr Zahra BENAMOUR BIAZ
Anatomopathologiste*

LABORATOIRE DE
PATHOLOGIE
IBN SINA
400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca - Tél/Fax : +212 522 23 08 76 / +212 522 98 48 67
E-mail : laboibnsina@hotmail.fr

.../...