

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-515113

ND: 28352

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 01407 | Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL KETTANI SIDI HAMID | | | |
| Date de naissance : 19. 04. 1950 | | | |
| Adresse : 98 RUE MIMOZA Appt 23 HAY ARRATHA CASABLANCA | | | |
| Tél. : 06.11.220765 | Total des frais engagés : 950.00 Dhs | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <div style="text-align: center;"> Dr. Hamid EL HRAICHI <i>Chirurgien - Orthopédiste</i> 87, Bd. My. Idriss 1er 0522 23 36 22 CASA </div> | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 01/06/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : NAIMA EL HRAICHI Age: | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Hypertrophie pharyngée | | | |
| 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 : CASABLANCA

Le : 09/06/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/06/2010 | CS | | 309,00 | INP 91053781 Dr. Hamed EL HRAICHI Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idriss 104 Tél. 1522.89.36.22 - CASA |

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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Imagerie Médicale Gharbi 240 Angle Sidi Abdellah et Sidi Abdellah Tel / Fax : 05 22 23 87 68. 05 22 99 63 01 | 11/06/2010 | 26 | 650,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | 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"/> |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Hamid EL HRAICHI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgie orthopédique et traumatologique

Adultes et Enfants

Ancien attaché des Hôpitaux de Lyon

Arthroscopie

Traumatologie du Sport

Sur Rendez vous

الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل
و تقويم العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le

1/06/2020

الدار البيضاء ، في

Naima EL HRAICHI Ep EL KETTANI

Scintigraphie thyroïdienne

Imagerie Médicale Ghandi
248, Angle Bd Ghandi - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 23 87 68
05 22 99 63 07

Imagerie Médicale Ghandi
248, Angle Bd Ghandi - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 23 87 68
05 22 99 63 07

Dr. Hamid EL HRAICHI
Chirurgien - Orthopédiste

87 Bd. My. Idriss 1er

Tél : 0522.83.36.22 - CASA

05 22 83 36 22 ، شارع مولاي ادريس الأول . الدار البيضاء . الهاتف : 87
87, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca - Tél.: 05 22 83 36 22

ICE : 001691553000034 - (En Cas d'Urgence "CLINIQUE LINA" - Tél.: 05 22 97 74 00)



CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE GHANDI

Dr. ELKESSIOUI Amina

Spécialiste en médecine nucléaire et radio-isotope,

Diplômée de l'université de Lyon - France

Ex médecin au CHU Ibn Sina de Rabat

الدكتورة القسيوي أمينة
اختصاصية في الطب النووي والتشخيص الشعاعي
خريجة كلية الطب بليون فرنسا
طبيبة سابقاً بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca le :
02/06/2020

N 510

B 6669

Nom et Prénom : NAIMA EL HARAICHI EP EL KETTANI

Méd. Prescripteur : DR EL HARAICHI HAMID

Examens : SCINTIGRAPHIE THYROIDIENNE AU TC-99m

Au prix de : 650

Arrêtée la présente facture à la somme :

SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS.

Signée :

Imagerie Médicale Ghandi
248, Angle Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél / Fax : 05.22.23.87.68 - 05.22.99.63.07
05.22.99.63.07

Docteur Amina EL KESSIOUI
Spécialiste en Médecine Nucléaire Radio-isotope

Diplômée de la Faculté de Médecine de Lyon
Ex médecin à l'hôpital Avicenne Rabat

الدكتورة القسيوي أمينة
اختصاصية في الطب النووي و التشخيص الشعاعي γ

خريجة كلية الطب بليون فرنسا
طبيبة سابقا بمستشفى ابن سينا بالرباط

Casablanca le : 01/06/2020

Réf : B 9701

Nom et Prénom : Mme EL HRAICHI NAIMA
Médecin Traitant : DR EL HARAICHI
Renseignements Cliniques : Goitre.
Examen Demandé : Scintigraphie thyroïdienne au Tc99-m.

COMPTE RENDU

La glande thyroïde est de taille sensiblement normale, légèrement hypertrophiée à gauche, de consistance ferme, de captation très hétérogène faiblement intense.

Le taux global de captation est réduit.

Par ailleurs, on palpe :

- Une formation nodulaire mediolobaire gauche, difficilement accessible à la palpation : situation profonde ?
- Une formation nodulaire basilobaire droite, à caractère hypofixant également.

CONCLUSION :

Petit goitre à caractère vraisemblablement hétéronodulaire, siège de formations nodulaires bilatérales à caractère froid de petites tailles.

Merci de votre patience.
Signature : Dr. Amina EL KESSIOUI
Spécialiste en Médecine Nucléaire Radio-isotope
N° : 9701