

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Education :

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 |

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº P19-0029815

60983

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5149

Société : \_\_\_\_\_

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TASSINC

LAHOUSSINE

Date de naissance : 01-07-1976

Adresse : 441 route Nouay

As Nourah Rue Hm 73 Casab

Télé. : 0666441769

Total des frais engagés : 450 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/2020

Nom et prénom du malade : BEN SOLTAN Melati

Age : 80 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA 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 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 : Casab

Le : 06/10/2020

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 |
|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 6/10<br>2020    | Ordonnance mentale |                       |                                 |  |
|                 |                    |                       |                                 |  |
|                 |                    |                       |                                 |  |
|                 |                    |                       |                                 |  |

## 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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 18.02.2021 | Palais Hynek                 | 400 dt                 |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 d

| SOINS DENTAIRES                | Dents Traitées   | Nature des Soins                 | Coefficient | Coefficient DES TRAVAUX          |
|--------------------------------|--|----------------------------------|-------------|----------------------------------|
|                                |  |                                  |             |                                  |
|                                |  |                                  |             | MONTANTS DES SOINS               |
|                                |  |                                  |             | DEBUT D'EXECUTION                |
|                                |  |                                  |             | FIN D'EXECUTION                  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES      | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE              |                                  |             | Coefficient DES TRAVAUX          |
|                                | H  | 25533412<br>00000000<br>35533411 | G           | 21433552<br>00000000<br>11433553 |
|                                | D  | 00000000                         | B           | 00000000                         |
|                                |  | 35533411                         |             |                                  |
| (Création, remont, adjonction) | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                  |             | MONTANTS DES SOINS               |
|                                |  |                                  |             |                                  |
| DATE DU DEVIS                  |  |                                  |             |                                  |
| DATE DE L'EXECUTION            |  |                                  |             |                                  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

6/10/2020.

Mme Mahika Benseghir

Echo Mygros Diemne'



الرقم 5149

R. ANOUAL

Clinique CALIFORNIE  
Projet du BELHA  
Maladies Cardio-  
et Thoraciques  
Adultes - Enfants  
545, Bd. Panoramique  
Casablanca - Tel: 0522 50 76 98  
Fax: 0522 50 76 98  
50 80 80

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - الهاتف : Fax : 0522 50 76 98

E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com - العنوان الإلكتروني : Site web : www.cliniquecalifornie.net

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

M U P R A S

N° Admission : 21002158 N° Facture : 21002122 Date facturation : 18/02/2021

Nom et prénom du patient : Mme BENSGHIR MALIKA

| PRESTATIONS       | Nombre | Prix unitaire | Montant   |
|-------------------|--------|---------------|-----------|
| ECHO THYROIDIENNE | 1.00   | 400.00        | 400.00    |
|                   |        | Sous-Total    | 400.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams Total : 400.00DH

|            |                  |           |
|------------|------------------|-----------|
| Adhérent : | Part organisme : | 0.00 DH   |
| Mle :      | Part patient :   | 400.00 DH |
| PC N° :    |                  |           |



111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 62 | Accès par : Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 0016144006000038 | 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 18 Février 2021

**PR. BELHAJ MILOUD**

**Mme. BENSGHIR MALIKA**

### **COMPTE RENDU**

#### **ECHOGRAPHIE CERVICALE :**

- La glande thyroïde est augmentée de volume :
  - Le lobe droit mesure 60 x 24 x 19mm.
  - L'isthme mesure 4mm.
  - Le lobe gauche mesure 60 x 19 x 16mm.

#### **Au niveau du lobe gauche :**

- On individualise un nodule polaire inférieur, modérément hypoéchogène, bien limité, montrant des zones kystiques internes, il mesure 10mm de long, 9mm de large et 7,5mm de diamètre antéropostérieur et ne montre pas de vascularisation particulière au doppler couleur.
- Il s'accompagne d'autres petits nodules infracentimétriques, faiblement hypoéchogènes au nombre de trois, et mesurant 4 à 3mm chacun.
- On individualise aussi un nodule isoéchogène infracentimétrique, de siège supérieur, mesurant 4,4mm.

#### **Au niveau du lobe droit :**

- On retrouve plusieurs petits nodules hypoéchogènes, infracentimétriques le plus grand mesure 3,6mm, montrant une zone kystique interne ainsi qu'un nodule dont les parois sont calcifiées et qui mesure 3,6mm et un nodule isoéchogène de 3mm à la paroi supérieure du lobe.

#### **Conclusion :**

- Nodule du pôle inférieur du lobe gauche modérément hypoéchogène, bien limité, mesurant 10mm de long, 9mm de large et 7,5mm de diamètre antéropostérieur, associé à plusieurs nodules infracentimétriques aussi bien au niveau du lobe droit que du lobe gauche, la plupart sont hypoéchogènes et certaines sont isoéchogènes.
- Contrôles ultérieurs souhaitables pour le plus grand nodule. TIRADS 3.

**DR FARAJ HAMZA**