

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-532537

65A15

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 1765	Société : Nouveaoldue	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SADDIQ		
Date de naissance : 08/04/52		
Adresse : Reg. ALQALI HASSA Attas 1/2, Beldi Barka -		
Tél. 06 61 37 61 64		
Total des frais engagés : 400 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		12 AVR. 2021
Date de consultation : 23/2/2021		AGE
Nom et prénom du malade : Liza Senna		ACCUEIL
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <i>Maladie chronique</i>		
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 : Le : 25/2/21
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-532537
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 : 1765	
Nom de l'adhérent(e) : SADDIQ	
Total des frais engagés : 400 Dhs	
Date de dépôt :	

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
22/09/2021	Contrôle			INP : 1071037477 D. BOUKANTAH Chirurgie de la prostate 55, Bd. Z. 20130 Tunisie Z.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. O. Prof. Albert 432 00074		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	
	
	
	
	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<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													
	<p>H</p> <table border="0"> <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> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				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"/>										

Dr. BOUKANTAR - HAJOUANE Zakya

SPECIALISTE

O.R.L. (Oreilles.. Nez - Gorge)

Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale (Tête, Face et Cou)

Diplômée de l'Université de BORDEAUX

55, Bd. Zerkouni Résidence TAIEB

Bâtiment A - 2^{ème} Étage Appt. n° 3

MARRAKECH

Tél. : B. 05 24 43 46 28

بوقنطار حجوان زكية

اختصاصية

في أمراض الأنف . الحنجرة . الأذن

و جراحة العنق . الفكين والوجه

خريجة جامعه بوزد و

55، شارع الزرقطوني إقامة طيب

الطابق الثاني شقة رقم 3 - مراكش

الهاتف 05 24 43 46 28

Marrakech, le

28/2/2011

Rizi Sinaa

et en bon état

Signature

Rx:

Echographie Cervicale

Dr BOUKANTAR - HAJOUANE Z.
O.R.L. Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
55, Bd. Zerkouni Résidence TAIEB Bât. A
2^{ème} étage Appt. 3 - MARRAKECH
Tel. : 05 24 43 46 28

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Oncologie Médicale - Hematologie - Radiothérapie
 Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur
 Centre de Médecine Nucléaire Pet et Scanner - Gamma Caméra
 Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

INPE : 071165690

المصحة المختصة المنارة

الأنكولوجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم
 وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية
 مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البيزوتروني
 مركز الأشعة



070061379

F A C T U R E

N° de l'admission : 21005014 N° Facture 21003057 Date facturation : 24/02/2021

Nom et prénom du patient : SANA ZIZI

Convention : PAYANT

Traitements : Examen radiologie

Entrée: 24/02/2021 Sortie: 24/02/2021

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
ECHO CERVICALE	1.00	400.00	400.00
		sous-total	400.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams **total : 400.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 145450212112955069000955

IF : 40434684 - ICE : 001548437000074 - CNSS : 9421413
 NPE : 070061379 - Tel : 05264326432 - 053264326432
 Clinique Spécialisée Menara
 Oncologie Médicale, Diagnose et Radiologie
 19, Albek Quartier de l'hôpital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech
 19, Albek Quartier de l'hôpital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech

CENTRE DE RADIOLOGIE MÉNARA

RADIOLOGIE NUMÉRISÉE • ECHO DOPPLER • ECHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE
MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE • OSTÉODENSITOMÉTRIE
SCANNER MULTIBARETTES • IRM HAUT CHAMP 1,5T
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

الدكتور عمر الصدقى
اختصاصى فى التشخيص بالأشعة
خريج كلية الطب بالدار البيضاء و نانسى
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء و مراكش

الدكتور احمد اسحل
اختصاصى فى التشخيص بالأشعة
خريج كلية الطب بالدار البيضاء و نانسى
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء و مراكش

الدكتور محمد شكيب بنفضل
اختصاصى فى التشخيص بالأشعة
اختصاصى فى الاشعة
خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمستشفى محمد السادس

Professeur Omar ESSADKI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat des Facultés de Médecine de Casablanca et Nancy
Ex-enseignant de Radiologie aux Facultés de Médecine de Casablanca et de Marrakech

Professeur Ahmed OUSEHAL

Spécialiste en Radiologie
Lauréat des Facultés de Médecine de Casablanca et Nancy
Ex-enseignant de Radiologie aux Facultés de Médecine de Casablanca et de Marrakech

Docteur Mohamed Chakib BENFDIL

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Radiologue du CHU Med VI

مركز التشخيص بالأشعة المنارة

التشخيص الرقمي بالأشعة السينية • التشخيص فوق الصوتي و الدوبلا
تبع العمل بالدبيبات فوق الصوتية • فحص الثدي الرقمي
قياس كثافة العظام • الفحص بالسكانير
الفحص بالرنين المغناطيسي • التدخل الموجي بالأشعة

23 Février 2021

Marrakech, le :

Nom et prénom: Mme ZIZI SANAA

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Glande thyroïde de taille normale mesurant :

Lobe droit: 17x18x46mm

Lobe gauche : 15x17x47mm

Isthme : 4.8mm

Lobe droit :

Présence de quelques nodules lobaires inférieurs, ovalaires bien limités hypoéchogène siège de ponctuations hyperéchogènes, taille variable dont les plus gros, mesurant 6.5 x 4.4 mm et 10 x 6.8 mm. Ils sont vascularisé en périphérie au Doppler. Eu-Tirads 4.

Lobe gauche isthme d'échostructure homogène.

Glandes parotides de morphologie normale siège de ganglions intraparotidiens.

Glandes sous maxillaires de taille normale et homogènes.

Présence d'adénopathies latérocervicales gauches, sous angulomandibulaire, hypoéchogène vascularisée, mesurant 18 x 10 mm. Jugulaire interne hypoéchogène discrètement hétérogène d'allure thyromimétique, mesurant environ 6 mm de diamètre et sus-claviculaire nécrosées dont la plus grosse mesure 20 x 10 mm.

Au Total :

Nodules thyroïdiens lobaires inférieurs droits, de taille variable dont le plus gros est de taille centimétrique, classés EuTirads 4.

Multiples adénopathies latérocervicales gauches sous-angulo-mandibulaires, jugulaires internes et sus-claviculaire hypoéchogènes dont certaines sont nécrosées (sus-claviculaires). À compléter par un bilan étiologique y compris éventuellement cytoponction d'un ou deux nodules associés à une cytoponction d'un ganglion jugulaire interne d'allure thyromimétique

Dr. Omar ESSADKI
Professeur de Radiologie
Albek 19, Quartier de l'hôpital
Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 45 75 83

19 البك حي المستشفى جليز (قرب مندوبية الصحة) - مراكش
19, Albek Quartier de l'hôpital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech
Tél : 05 24 45 75 83 - Fax : 05 24 44 70 21 - الفاكس :