

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 médicament prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééductions

- 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 AIC :

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



Declaration de l'indépendance

Nº W19-532529

65A(4)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1768	Société : RAM.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SASSI, Naseebah Le.			
Date de naissance : 24.52.			
Adresse : Ros. Al Qahtara, Atlas 1/2, Av. de Kohi, Ben Batsas, Marakech.			
Tél. : 0661376164	Total des frais engagés : 400		Dhs

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 20/01/2018* par : *Le Professeur*

Signature de l'adhérent

Le : 10/03/2014

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-532529
<p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p>	
<p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	
Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.														
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées 	Nature des Soins 	Coefficient 	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>										
Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
Montants des soins <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 														
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 														
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">H</td> <td style="width: 33%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	35533411	G	11433553
H	21433552													
25533412	00000000													
D	00000000													
00000000	35533411													
G	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
Montants des soins <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
Date du devis <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION														

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement
				INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
08/03 2021	08/03 2021	539 Martine 09 24 42 00 1 - TCDP 15 40 32 00 1 - TCDP PIB	400

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

Il convient 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.



مصحة توبقال CLINIQUE TOUBKAL

URGENCES

CHIRURGIE GENERALE
ET SPECIALISEE

O.R.L

MATERNITE

REANIMATION

ECHOGRAPHIE

SCANNER

RADIOLOGIE NUMERISEE

539, Lotissement
Masmoudi Route de
Targa - Marrakech
Tél. : 05 24 49 30 40
Fax : 05 24 49 30 41
GSM: 06 61 23 95 75
06 70 70 06 55
E-mail :
toubkalclinic@hotmail.fr
ICE : 0015995960000061

Marrakech, LE 08/03/2021

FACTURE N°036/2021

Au nom DU Mme .ZIZI SANAA

ECHOGRAPHIE CERVICALE : 400.00 DH

Arrêtée la présente somme de : QUATRE
CENT DIRHAMS

Clinique TOUBKAL
539, Lot. Masmoudi Route de Targa
Marrakech - Tél : 05 24 49 66 66
05 24 42 30 40 - Fax : 05 24 49 30 41
I.F : 40430551 - CNSS : 8805089
Pte : 67360666 - T.V.T : 0700 11148
ICE : 0015995960000061

Nom et Prénom : MME ZIZI SANAA

Date d'examen : 8/03/2021

Type d'examen : ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Médecin prescripteur : DR BOUKANTAR

COMPTE - RENDU

Indication :

Bilan dans le cadre d'un goitre

Technique :

Exploration par sonde 10 MHZ

Résultat :

Hypertrophie modérée du lobe droit de la glande thyroïde. Ses dimensions sont :
Lobe droit : 17.3x22.9x54mm.

Isthme : 4mm d'épaisseur.

Lobe gauche : 15x20.5x48.2mm.

Sur le plan échostructural ; sur le lobe droit renferme deux formations nodulaires hypoéchogènes avec des piquetés hyperéchogènes mesurant respectivement 10x6.7 mm et 6.4x4.4 mm, classées EU-TIRADS4.

Au pôle inférieur du lobe gauche, il existe une formation nodulaire d'échostructure similaire aux deux autres nodules découverts au lobe droit, mesurant 6.2x3.7 mm, classée EU-TIRADS4.

Echostructure homogène de l'isthme.

Intégrité des glandes salivaires.

Présence par ailleurs de deux ganglions ovalaires et bien limités, d'échostructure hypoéchogène et hétérogène, jugulo-carotidiens moyens gauches, mesurant 17.8x6.6 mm et 17.2x8.1 mm.

Trois autres ganglions arrondis très hypoéchogènes sont notés au creux sus-claviculaire gauche, mesurant 11x10 mm, 9.1x7.8 mm et 8.1x6.7 mm.

Conclusion :

Goitre modéré multinodulaire associé à des adénopathies latéro-gauches.

539, Lotissement Masmoudi - Targa - Marrakech
Associe à des adénopathies latéro-gauches
Marrakech - Tel: 05 24 49 30 40 - Fax: 05 24 49 30 41 - GSM: 06 61 23 95 75/06 70 70 06 55
IF: 40430551 - CNSS: 8809389 - ICE: 001599596000061
Pte: 67760666 - ICE: 001599596000061

Dr BERRADA Youssef
Médecin Lt Colonel en Retraite
Professeur Visiteur CHU de Rabat
Spécialiste des Appareils des Armées
de France et d'Algérie Médicale

NOTE CONFIDENTIELLE DE MEDECIN TRAITANT

1) Date de la consultation

□ / □ / □ □ □

2) Renseignements Clinique Sommaire :

3) Traitement envisagé et actes à la cotation indiquée sur la notice
réf.

*Consultation pris - anesthésie
pour (consultation)*

4) Durée prévisible du traitement

A Marrakech Le 08/04/2021

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Le Médecin Professeur Mohamed ZOUBIR
Professeur Agrégé du Val de Grace (Paris-France)
Chaire d'Anesthésie - Réanimation
Diplômé de la Prise en Charge de la Douleur
Ancien Chef des Services Urgences et de la Réanimation
CHIRURGICALE de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

REF. : 451-4-45

Indice de révision :02

Nom et Prénom : MME ZIZI SANAA

Date d'examen : 8/03/2021

Type d'examen : ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Médecin prescripteur : DR BOUKANTAR

COMPTE - RENDU**Indication :**

Bilan dans le cadre d'un goitre

Technique :

Exploration par sonde 10 MHZ

Résultat :

Hypertrophie modérée du lobe droit de la glande thyroïde. Ses dimensions sont :

Lobe droit : 17.3x22.9x54mm.

Isthme : 4mm d'épaisseur.

Lobe gauche : 15x20.5x48.2mm.

Sur le plan échostructural ; sur le lobe droit renferme deux formations nodulaires hypoéchogènes avec des piquetés hyperéchogènes mesurant respectivement 10x6.7 mm et 6.4x4.4 mm, classées EU-TIRADS4.

Au pôle inférieur du lobe gauche, il existe une formation nodulaire d'échostructure similaire aux deux autres nodules découverts au lobe droit, mesurant 6.2x3.7 mm, classée EU-TIRADS4.

Echostructure homogène de l'isthme.

Intégrité des glandes salivaires.

Présence par ailleurs de deux ganglions ovalaires et bien limités, d'échostructure hypoéchogène et hétérogène, jugulo-carotidiens moyens gauches, mesurant 17.8x6.6 mm et 17.2x8.1 mm.

Trois autres ganglions arrondis très hypoéchogènes sont notés au creux sus-claviculaire gauche, mesurant 11x10 mm, 7.8x5.8 mm et 8.1x6.7 mm.

Conclusion :

Goitre modéré multinodulaire adénopathies latéro-gauches.

539, Lotissement Masmoudi - Targa - Marrakech
Clinique TOUBKAL
Marrakech - Tel. 05 24 49 30 40 - Fax 05 24 49 30 41
05 24 42 10 851 - CNSS : 8809389 - ICE : 001599596000061
I.F. : 67360666 - IF : 40430551 - CNSS : 8809389 - ICE : 001599596000061

Dr BERERADA Youssef
Médecin et Colonel en Retraite
Professeur et Assistant CHU de Rabat
Spécialiste des Maladies des Armées
du Maroc et de la Santé Militaire

رقم 539. تجزئة المصمودي - تاركة - مراكش

Tél : 05 24 49 30 40 - Fax : 05 24 49 30 41 GSM : 06 61 23 95 75/06 70 70 06 55 - Email : toubkalclinic@hotmail.fr

Patente : 67360666 - IF : 40430551 - CNSS : 8809389 - ICE : 001599596000061

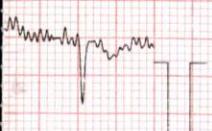
P/PR: 104/170 ms
QRS: 104 ms
QT/QTc: 456/444 ms
P/QRS/T Axe: 45/48/19 deg
Fréquence cardiaque: 57 BPM

36.025
avertissement: artefact survenu lors (d'une partie) de l'enregistrement - utiliser l'interprétation avec précaution
avertissement: âge non-communiqué - supposé 35 ans
avertissement: sexe non-communiqué - supposé homme
rythme sinusal (lent)
normal

Rapport non confirmé



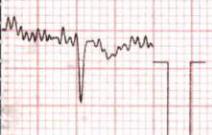
25 mm/s



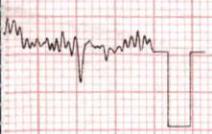
II



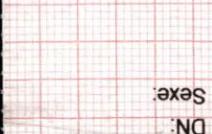
III



II



I



ID:
DN:
Sex: