

RÉCOMMANDATIONS 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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 050759

87667

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2957

Société : RAR

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Nour Dine

Date de naissance : 01/10/1956

Adresse : 1er ADRESS

Tél. : 0675 684193

Total des frais engagés :

300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2021

Nom et prénom du malade : EL HAIL Nour Dine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

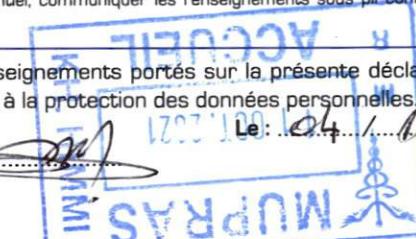
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : BERRECHID

Le : 04/10/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/10/18 | | | |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. ABOUBADALLAH Nawfal دكتور نواف بوعبدالله Clinique 100% CONFIDENTIELLE | 04/10/2018 | Echo-Cervicale | 300 Dh |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

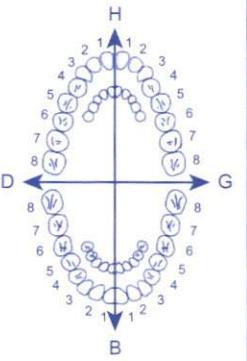
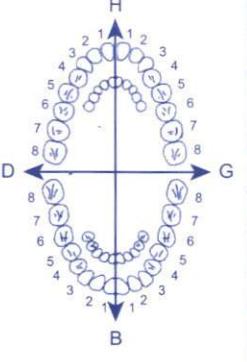
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ORL.

| 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 | | | | Coefficient des Travaux | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |



Cabinet
d'Implantation
Cochléaire

Cabinet Spécialisé
en ORL

الدكتور عبد الحميد بنغالم

أستاذ مبرز

أمراض وجراحة الأنف والحنجرة

عضو الأكاديمية الفرنسية

مقيم سابق بالأكاديمية الطبية بباريس

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL

كاتب عام MAFOS

عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGALEM

PROFESSEUR AGREGÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège

de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAONO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le

04/10/2021

الدار البيضاء، في

Mr Mme - Enfant :

EL HAFID HOU RACHIDI

- RADIO DU CAVUM DE PROFIL
- RADIO DES OS PROPRES DU NEZ + GOSSEZ
- RADIO PULMONAIRE
- BLONDEAU - SCANNER
- SCANNER :
- IRM :
- SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE
- RADIO PANORAMIQUE
- ECHOGRAPHIE : Thyroïde

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

05 22 26 99 42 : شارع الراشدي - ساحة الأخيرة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - الفاكس : 58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Fax : 05 22 26 99 42
E.mail : benghalem@benghalem.ma

Dr. ABDELHAMID BENGALEM
PROFESSEUR AGREGÉ
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
Ancien Résident du Collège
de Médecine des Hôpitaux de Paris
MEMBRE DE L'EAONO
Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL
Secrétaire Général MAFOS
MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd. Rachidi - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Fax : 05 22 26 99 42
E-mail : benghalem@benghalem.ma

نـ 2957

CLINIQUE IBN ZOHR

Cizh

مـصـحة إـبـن زـهـر

NOM & PRENOM
EXAMEN

: **EL HAIL NOUREDDINE**
: **ECHOGRAPHIE CERVICALE**

Berrechid le :

AROUIBADAH AH Nawaï
04/10/2021
Clinique Ibn Zohr Berrechid

COMPTE RENDU

Cher confrère, Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RESULTAT :

En comparaison avec le dernier examen échographique réalisé le 09/06/2020 on note :

Thyroïde de petite taille :

- Lobe thyroïdien droit mesure 53x15x13mm. Ses contours sont réguliers.*
- Lobe thyroïdien gauche mesure 36,5x13x13mm. Ses contours sont réguliers.*
- Isthme thyroïdien mesure 4,5mm de diamètre antéro-postérieur sur une coupe transversale.*

Stabilité de l'étendue des plages hypoéchogènes médio-lobaires antérieures bilatérales en rapport avec des foyers de thyroïdite.

Absence de lésion nouvellement apparue dans l'intervalle des examens.

Absence d'adénomégalie jugulocarotidienne bilatérale.

Axes vasculaires cervicaux perméables et de calibre normal.

Glandes sous mandibulaires de taille et d'échostructure normales.

Absence de lésion d'allure évolutive au niveau du plan cellulo-graisseux sous cutané.

AU TOTAL :

En comparaison avec l'examen échographique réalisé le 09/06/2020 on note un aspect superposable avec stabilité de l'étendue des plages hypoéchogènes médio-lobaires en rapport avec des foyers de thyroïdite, sans lésion nouvellement apparue dans l'intervalle des examens.

À confronter aux données cliniques et biologiques.

Dr KHALIDAH AH Nawaï
Médecin Radiologue
Clinique Ibn Zohr Berrechid

7250
2957

CLINIQUE IBN ZOHR



Berrechid le : 04/10/2021

Clinique Ibn Zohr

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8

ESTIMATION N°

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

Berrechid le :

1889 / R / 2021

Assuré

Bénéficiaire

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Nom & Prénom EL HAIL NOURDDINE

N° CIN

Assuré(e) Conjoint Enfant

Médecin correspondant :

N° TEL : 0675684193

RADIOLOGIE-IMAGERIE

| Désignation | Qté | Cotation | Avec Injection | Total |
|-------------------------|-----|----------|----------------|---------------|
| ECHOGRAPHIE - CERVICALE | 1 | 400,00 | | 400,00 |
| TOTAL | | | | 400,00 |

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

QUATRE CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

- 100 Dh par cotisation Dr
Numéro

Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

PAYE

1/1

46, lot El Amal, ERRECHID
I.F. : 20677093 T.P. : 40777833

Tél : 05 22 32 58 83
ICE : 001643860000070

Fax : 05 22 32 58 84
R.C. : 10599 CNSS N° : 5460580

46 - تجزنة الأمل - برشيد - الهاتف : 05 22 32 58 83 - فاكس : 05 22 32 58 84 - 46

I.F. : 20677093 - T.P. : 40777833 - R.C. : 10599 - CNSS N° : 5460580 - ICE : 001643860000070 - E-mail : cliniqueibnzohr@gmail.com

1100
2957

