

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0004932

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITE

Nom & Prénom : SAOUI KHATA

Date de naissance : 1956

Adresse : 10 lot KHAFSAOUI ouyia

Tél : 0611 820 500 Total des frais engagés : 600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8 / 7 / 2022

Nom et prénom du malade : SAOUI KHATA

Age : 66

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 : ouyia

Le : 12 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 04932

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quart Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
8/7/2022	C		300	DR HAMZA Z. El-Ham

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pr. Imane KAMAOU	12/6/2022	230	350,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

SCC40

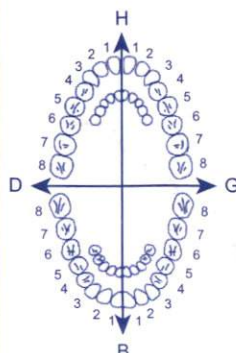
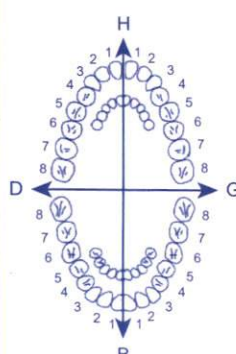
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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																						
				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																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Ordonnance

Oujda, le 8/7/2022

Slasui Khnata

Echographie cervicale

RC = 66 ans

suspicion de dysthyroïdes

ulp cervicale ??

- ☐ ANESTHÉSIE - RÉANIMATION
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE GÉNÉRALE
- ☐ CHIRURGIE ONCOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE
- ☐ GASTRO-ENTEROLOGIE
- ☐ GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE
- ☐ MÉDECINE GÉNÉRALE
- ☐ MÉDECINE INTERNE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ OPHTALMOLOGIE
- ☐ ONCOLOGIE MÉDICALE
- ☐ O.R.L. - CHIR CERVICO-FACIALE
- ☐ PÉDIATRIE-NEONATOLOGIE
- ☐ PNEUMOLOGIE
- ☐ TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
- ☐ UROLOGIE
- ☐ URGENCES





INPE : 080063183

080063183

## FACTURE

N° de l'admission : 22005219      N° Facture 22002298      Date facturation : 12/09/2022  
 Nom et prénom du patient : **KHNATA SLAOUI**  
 Convention : **PAYANT**  
 Traitement : **Examen radiologie**      Entrée: 12/09/2022 Sortie: 12/09/2022

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
ECHO CERVICALE	1.00	300.00	300.00
		sous-total	<b>300.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Trois cents dirhams**

**total : 300.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 011 780 000019210001043734

Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda  
 Service Radiologie  
 INPE: 080063183  
 Centre Oriental Al Kindy  
 Oncologie & Diagnostic du Maroc

NOM : SLAOUI KHNATA

DATE : 12/09/2022

MEDECIN TRAITANT : PR HAMAZ SIHAM

## ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

**RC** : Patiente âgée de 66ans, suivie pour une dysthyroïdie, ADP cervicale ?

### **RESULTAT :**

- La glande thyroïde est légèrement diminuée en taille mesurant pour :
  - Le lobe droit : 15x43x14mm (4cc).
  - Le lobe gauche : 14x42x12mm (3,5 cc).
  - L'isthme thyroïdien : 5,3 mm.
- L'échostructure grossièrement hétérogène, à contours réguliers, peu vasculaire pouvant correspondre à une **thyroïdite**.
- Ganglions en latéro-cervical bilatéral, non suspects.
- Individualisation en arrière du lobe thyroïdien gauche d'une image lésionnelle hypoéchogène, à limites nettes, contours réguliers d'allure « pseudo kystique », non vascularisée au doppler mesurant 15mm de grand axe dont l'origine est à préciser : parathyroïde ? autre ?
- Absence d'autre anomalie.

### **CONCLUSION :**

- Aspect échographique en faveur d'une thyroïdite. A confronter aux données du bilan thyroïdien
- Image en arrière du lobe thyroïdien gauche de 15 mm dont l'origine est à préciser.
- La Patiente prévoit de réaliser une IRM de la base du crane, prière de prévoir des coupes cervicale complémentaires de cette image.

  
Radiologue - Chef de Service  
M. KAMAOU  
www.alkindyoriental.ma