

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° M20- 0007261

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 933 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ALLALAH OMAR
 Date de naissance : 1-1-1942
 Adresse : HAY WAFIQ NOUJOUA
 Tél. : 066249700 N° : 115
 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : 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 : 12-2022 Le :/...../.....
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 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

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

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
	08-12-2011	echo cervical	40000

AUXILIAIRES MEDICAUX

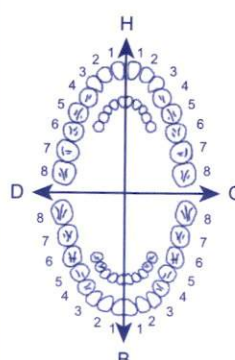
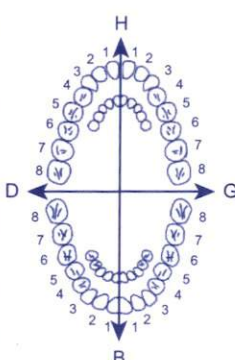
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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"/>	
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le

05-12-2022

Attestation

1) Echographie
cardiaque
(NTD de = 25 min
!)



41, زقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0 6 0 0 6 2 7 1 8

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

FACTURE N°

3428 / 2022

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom

ALLAHIA OMAR

N° CIN

B165992

☐

Assuré(e)

☐

Conjoint

☐

Enfant

Date Soins

08/12/2022

RADIOLOGIE-IMAGERIE

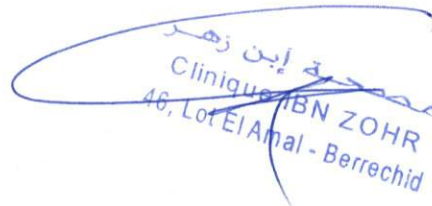
Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
ECHOGRAPHIE - CERVICALE	1	400,00		400,00
TOTAL				400,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

QUATRE CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE


مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

PATIENT : ALAHIYA OMAR

ECHOGRAPHIE CERVICALE

La glande thyroïde est de taille limite, de contours réguliers, d'échostructure hétérogène, mesurant respectivement :

- *Lobe droit : 20 × 22 × 45 mm pour un volume de 9,2 cc.*
- *Lobe gauche : 22 x 19 x 43 mm pour un volume de 8,9 cc.*
- *L'isthme mesure 2,8 mm de grande épaisseur.*
- *Le volume global est estimé à 19 cc.*

Elle est siège de multiples nodules décrits comme ci-dessous :

Lobe droit:

N1, N2 et N3 et N5: médio lobaires disposés de bas en haut et lobe isthmique droit (N5) de forme ovalaire de contours réguliers de grand axe parallèle à la peau, iso échogène largement kystisé de vascularisation type II, mesurant respectivement 22,7 × 9,2 mm, 18,7 × 11 mm, 13,5 × 10,4 mm, et 3,6 × 3 mm pouvant être classé EUTIRADS 3.

N4: totalement calcifiée medio lobaire inférieure mesurant 5,8 mm et pouvant être classé EUTIRADS 2.

Lobe gauche :

N6 médio lobaire de forme ovalaire de contours réguliers de grand axe parallèle à la peau iso échogène et hyperechogène hétérogènes, de vascularisation type II, mesurant 10 x 9,6 mm pouvant être classé EUTIRADS 3.

Les glandes submandibulaires et parotides aspect échographique normales

Les axes jugulocarotidiens sont perméables.

Absence d'adénomégalie cervicale de taille significative

CONCLUSION :

- *Aspect échographique de nodules thyroïdiens classés EUTIRADS 3 et EUTIRADS 2 selon la cartographie sus décrite sur thyroïde de taille limite.*

MERCI POUR VOTRE CONFIANCE.

DR EL OUARDIGHI LAMIAE

DR EL OUARDIGHI LAMIAE
Médecin Radiologue

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0 6 0 0 6 2 7 1 8

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

ESTIMATION N°

10337 / 2022

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Bénéficiaire

Nom & Prénom ALLAHIA OMAR

N° CIN B165992

☐ Assuré(e) ☐ Conjoint ☐ Enfant

Médecin correspondant :

N° TEL : 06 62 49 72 00

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

payé

Clinique Ibn Zohr

05 22 32 58 83

08/12/2022 11 04:43

CAISSIER : M. SIHAM

COMMANDE : 345-596

CLIENT : ALLAHIA OMAR

- Berrechid

Tél 1 : 0662497200

46, LOT AMAL, BERRECHID 26100, MAROC

Article	Qte	Montant
ECHOGRAPHIE		
E.TETE & COU		
CERVICAL	1	400,00
TOTAL TTC		400,00
DONNEE		400,00
A RENDRE		0,00

PAIEMENT : ESPECES

Merci pour votre achat

08/12/2022 11:04:43



8 880000 003711