

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Actif

Pensionné(e)

Société

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tél.

Alla Ben Abdellah

1-1-1942

Hay Watif

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 : 8-1-2022 Le : ..... / ..... / .....

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LEONARD CHIASSON Médecin Radiologue</i>	08-12-2012	<i>ECHO cervical</i>	<i>40\$00</i>

#### 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 HONORAIRÉS**

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'ODE.

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 16) and various dental symbols placed above and below them. The arch is oriented with the upper teeth pointing upwards and the lower teeth downwards. A horizontal double-headed arrow labeled 'D' is positioned across the middle of the arch, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards from the bottom of the arch. The symbols include:

- Upper teeth:** Symbols include 'Y', 'V', 'H', 'W', 'M', 'L', 'S', 'P', 'F', 'R', 'A', 'T', 'G', 'D', 'E', and 'N'.
- Lower teeth:** Symbols include 'Y', 'V', 'H', 'W', 'M', 'L', 'S', 'P', 'F', 'R', 'A', 'T', 'G', 'D', 'E', and 'N'.

#### **[Création, remont, adjonction]**

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 بالصلب

طب الشغاف

الدبلوم علم حاصلة

INPE : 061173340

Berrachid, le

05-12-2022

Allah's name

1) Echoes from  
centigrade  
(NTD defect = 25mm)

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49  
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

<b>CLINIQUE IBN ZOHR</b>		<b>Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie</b>																
<u>INPE, code à barres</u>																		
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>7</td><td>1</td><td>8</td></tr> </table>		0	6	0	0	6	2	7	1	8								
0	6	0	0	6	2	7	1	8										
<b>FACTURE N°</b>		<b>3428 / 2022</b>																
<b>Assuré</b>		<b>Bénéficiaire</b>																
Nom & Prénom		ALLAHIA OMAR																
N° CIN		B165992																
N° immatriculation		<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant																
<b>Date Soins</b>		<b>08/12/2022</b>																
<b>RADIOLOGIE-IMAGERIE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Désignation</th> <th>Qté</th> <th>Cotation</th> <th>Avec Injection</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ECHOGRAPHIE - CERVICALE</td> <td>1</td> <td>400,00</td> <td></td> <td>400,00</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="4"><b>TOTAL</b></td> <td><b>400,00</b></td> </tr> </tbody> </table>				Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total	ECHOGRAPHIE - CERVICALE	1	400,00		400,00	<b>TOTAL</b>				<b>400,00</b>
Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total														
ECHOGRAPHIE - CERVICALE	1	400,00		400,00														
<b>TOTAL</b>				<b>400,00</b>														

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

**TOTAL GENERAL**

**QUATRE CENTS**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**



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 :  $20 \times 22 \times 45$  mm pour un volume de 9,2 cc.
- Lobe gauche :  $22 \times 19 \times 43$  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 lobo 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  $22,7 \times 9,2$  mm,  $18,7 \times 11$  mm,  $13,5 \times 10,4$  mm, et  $3,6 \times 3$  mm pouvant être classé EUTIRADS 3.

N4: totalement calcifiée medio lobaire inférieur 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  $10 \times 9,6$  mm pouvant être classé EUTIRADS 3.

Les glandes submandibulaires et parotides aspect échographiques normales

Les axes jugulocarotidiens sont perméables.

Absence d'adénomégalie cervicale de taille significative

**CONCLUSION :**

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

**MERCI POUR VOTRE CONFIANCE.  
DR EL OUARDIGHI LAMIAE**

ROCHE  
EL OUARDIGHI LAMIAE  
Médecin Radiologue



مصحة ابن زهر  
CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid le : 08/12/2022

**CLINIQUE IBN ZOHR**

**INPE, code à barres**

0	6	0	0	6	2	7	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**ESTIMATION N°**

**Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie**

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
<b>TOTAL</b>				<b>400,00</b>

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**QUATRE CENTS**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**

*Payer -*

# 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
<b>TOTAL TTC</b>		<b>400,00</b>
DONNÉE		400,00
A RENDRE		0,00

PAIEMENT : ESPECES

Merci pour votre achat

08/12/2022 11:04:43



8 880000 003711