

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 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

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



Déclaration de Maladie
M22- 54364

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2057 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HAIL Noureddine
 Date de naissance : 01-07-1956
 Adresse : Avenue ADROSSE 188717
 Tél. : 675684193 Total des frais engagés : 1055,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : **Pr. A. BENCHALEM**
 Professeur Agrégé
 Chirurgie ORI & Maxillo-Faciale
 58, Bd. Rachid Casa - Tél. : 05 22 45 63 65
 JCE : 001711024000057 - INPE : 091022103
 Date de consultation : 28 NOV 2023
 Nom et prénom du malade : EL HAIL Noureddine Age : 68 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CASA Le : 28/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
28 NOV 2023		43	400.000	
08 NOV 2023		K10 C3	100.000 Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.11.23	155,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr NEJHY WAFAA Radiologue	24/11/23	echo	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

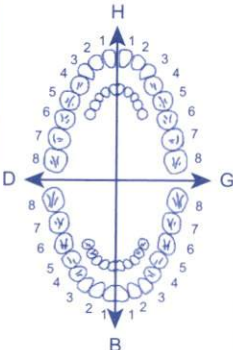
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



FONCTIONNEMENT

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**MONTANTS
DES SOINS**

**DATE DU
DEVIS**

**DATE DE
L'EXECUTION**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, leالدار البيضاء في

28/11/2023

ELHAIL Nouredine

1) METANAZ 2 pulv 2 FOIS PAR JOURS PENDANT 3 MOIS

13,40 x 3
2) LEVOTHYROX 50 1 CP /J PDT 6 MOIS
ET REFAIRE TSH

155,20
3) CIALIS 20 1 CP A LA DEMANDE
SOUS RESERVE D APPROBATION DU CONFRERE CARDIOLOGUE

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

LOT: 224675
EXP: 10/24
PPV: 115DH00
Voie Orale

Professeur BENGHALEM

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

58. شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01

58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél.: 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Watsapp : 06 56 53 61 42
E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057 / INPE : 091022103

Casablanca, le 23 NOV 2023 الدار البيضاء، في

Mr - M^{me} - Enfant : CHAH WOUKHALE

- ☐ RADIO DU CAVUM DE PROFIL
- ☐ RADIO DES OS PROPRE DU NEZ + GOSSEREZ
- ☐ RADIO PULMONAIRE
- ☐ BLONDEAU - SCANNER
- ☐ SCANNER :
- ☐ IRM :
- ☐ SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE
- ☐ RADIO PANORAMIQUE
- ☒ ECHOGRAPHIE : new / cal

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

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 01 / 05 22 48 60 00 - الفاكس : 05 22 26 99 42
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

Casablanca, le 28 NOV 2023 الدار البيضاء في

RECU

Nom : ELHAIL NOUREDDINE
Examen : Consultation + Nettoyage d'oreille
Cotation : C3 + K10
Prix : 400,00 DH + 100, 00 DH
TOTAL : 500 ,00 DH
(Cinq Cent Dirhams)

Pr. A. BENGHALEM
Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale
58, Bd. Rachidi Casa - Tél.: 05-2248 63 65
CE : 001711024000057 - INPE : 091022103

CLINIQUE IBN ZOHR

F A C T U R E

N° 5 929 / 2023 du 24/11/2023

Nom patient	ELHAIL NOURDDINE	Entrée 24/11/2023	Sortie 24/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE CERVICALE	1,00	400.00	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total				400,00

	Total général	400,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400,00				400,00	0,00

Signature
CHIRIKHIS BEN ZOHR
45, LOT EL AMAL BERRCHID

Mr NOURDDINE EL HAIL

ECHOGRAPHIE CERVICALE

RESULTATS :

- ❑ La glande thyroïde est modérément réduite de volume surtout à gauche, de contours réguliers, normo vascularisé au doppler ce jour (VSM à 7,5cm/s)
- ❑ Elle mesure :
 - LTD : volume de 14x19x45,5mm soit 6ml
 - LTG : volume de 8x17x30mm soit 2ml
 - Isthme 3mm.
 - Volume total à 8ml
- ❑ Petit nodule médio lobaire postérieur droit ovalaire de contours réguliers, harmonieux, solidokystique à portion solide isoéchogène prédominante sans micro calcification mesurant 8x6mm classé EU-TIRADS3.
- ❑ Lobe gauche homogène.
- ❑ Absence d'adénopathie cervicale
- ❑ Glandes parotides et sous-maxillaires de morphologie normale dans les limites de cet examen.
- ❑ Axes vasculaires libres.

CONCLUSION :

- ✦ Aspect quasi stable du nodule N1 médio lobaire droit classé EU-TIRADS3.
- ✦ Atrophie du lobe gauche restant homogène.
- ✦ Absence d'autre anomalie évolutive.

Merci de votre confiance