

## 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° P19- 0011827**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1137 Société : A94023  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LOUDINI Ahmed Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0666177790 Total des frais engagés : #800 # Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2024  
 Nom et prénom du malade : LOUDINI (Assoussi) NEZHA Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 05/08/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

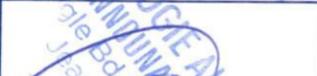
- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
05/02/24		Cr	300 DA	<p><b>Dr. R. MOUDJAHID</b> Généraliste Centre Opératoire de Diagnostic et d'Intervention Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard de l'Indépendance Algérie - 05 22 41 40 30 / 05 22 41 40 31 INPE : D971133</p>

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/04/2024	selon	500

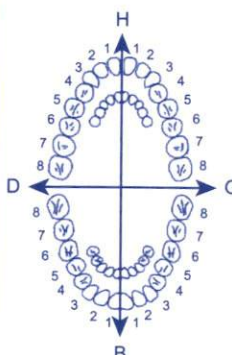
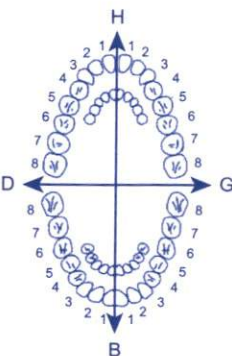
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

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										
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D                      G</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">00000000 35533411</td> <td style="width: 50%;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D                      G		00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D                      G												
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>									
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

CR

**code**  
AL FARABI

RADIO

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرايبي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 0522 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 0522 20 18 85

RADIO

Mr, Melle, Mme

Renseignements cliniques :

Le 05/08/24

Age :

Assouf N. B. H. A. ...  
Adressé par le Dr. R. Mouffak ...  
Opéré (Thyroïdectomie totale) ...

Nécessite la radiographie suivante :

- ☐ Rx POUMON
- ☐ Rx PANORAMIQUE
- ☐ BLONDEAU SCANNER
- ☐ I. R. M. (T1, T1 Gadolinium, T2)
- ☐ Rx COLONNE CERVICALE (Face/Profil)
- ☒ ECHOGRAPHIE
- ☐ T. D. M.

RADIOLOGIE AL ANDALOUSS  
Dr. BENNDUNA Mohamed Fouad  
Angle Bd Jean Jaurès, N° 8 - Cas  
et Rue Jean Jaurès, N° 8 - Cas



**Dr. R. MOUFFAK**

O.R.L

C.O.D.E AL FARABI

Centre ORL de Diagnostic et Explorations

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa

Tél : 05 22 47 30 30 (L.G.) - Fax : 05 22 20 18 85

MP : 09 11 39 28

*[Handwritten signature]*

**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le, 05/02/2024

FACTURE  
N°370/24

*MME ASSOSSI NEZHA*

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE CERVICALE	500 DHS

RADIOLOGIE ALANDALOUSS  
Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad  
Angle Bd Brahim Roudani  
et Rue Jean Jaures N° 8 - Casa  
Tél : 05 22 49 00 03

**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Denaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 05/02/2024

MEDECIN TRAITANT : DR. MOUFFAK

NOM & PRENOM : MME ASSOUSI NEZHA  
EXAMEN : ECHOGRAPHIE CERVICALE

**TECHNIQUE :**

Examen réalisée à l'aide d'un appareil SAMSUNG RS 80 A à l'aide d'une sonde de 12 MHZ.

**RESULTATS :**

- Antécédent de thyroïdectomie totale. Loges des lobes thyroïdiens libres.
- Les glandes sous- maxillaires et parotides sont d'aspect échographique normal.
- Présence d'un ganglion sous-digastrique gauche, à centre hilaire graisseux, à vascularisation centrale, mesurant 10.4 x 3.8 mm : d'aspect inflammatoire.
- Absence d'adénopathies suspectes au niveau des différentes chaines ganglionnaires.
- Les axes jugulo-carotidiens sont libres.

**AU TOTAL :**

- Antécédent de thyroïdectomie totale. Loges des lobes thyroïdiens libres.
- Ganglion sous digastrique gauche, d'aspect inflammatoire.

RADIOLOGIE ALANDALOUSS  
DR. BENNOUNA Mohamed Fouad  
et Rue Jean Jaures, N° 8 - Casablanca  
Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

Adresse : Angle Boulevard Brahim Roudani et Rue Jean Jaures N° 8 Casablanca - Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

T.P N° : 35547765 - I.F : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 - ICE N° : 001714794000020

Site Web : [www.radiologieandalouss.com](http://www.radiologieandalouss.com) - E-mail : [andaloussradiologie@gmail.com](mailto:andaloussradiologie@gmail.com)