

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

ND>86966

Déclaration de Maladie : Nº P19- 0008726

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8005 Société : RAMI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUIMI EL mostafa Date de naissance : 10/3/1951

Adresse : Hôpital Rami

Tél. : 06 66 96 22 76 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

Adenopathie Praticien : Mostafa BETSOULI

Otorhinolaryngologie 1er Bd. Moulay Idriss 1022 86 317

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 : Casablanca

Le : 24/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **Nº P19- 0008726**

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 :

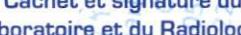
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21 APR 2010 | S | | 300 | Prise en charge Otorhinolaryngologie 120, Bd. Moulay Ismaïl Casablanca - Tel: 077 87 00 00 |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 24/04/20 | K 6.0 | 600.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

RELEVE 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

| 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

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system, which is oriented relative to the crystallographic axes (H, D, B). The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', and the diagonal axis pointing down and to the right is labeled 'B'. The crystallographic axes are represented by a series of points arranged in a hexagonal pattern. The vertical axis 'H' passes through the top point. The horizontal axis 'D' passes through the bottom-left point. The diagonal axis 'B' passes through the bottom-right point. The other points in the hexagonal pattern are labeled with numbers from 1 to 8, representing Miller indices.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.

Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 24/04/2020 الدار البيضاء، في

BILAN IMAGERIE

Mme LEKMAITI Nezha

BILAN D'UNE HYPERPARATHYROIDIE

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Centre d'Imagerie et de Radiologie Hyperthyroïde
Angl. Rue Prince Charles Nicolle et
Rue Dr. Magendie - Casablanca
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhinolaryngologie
120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Casablanca - Tél: 0522 86 31 31

120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, 4^{ème} étage - 20 000 Casablanca

Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com

الفحص بالأشعة في المستشفيات

RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

إقامة باسترور

RÉSIDENCE PASTEUR

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
 ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
 MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
 RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

HJ

Casablanca , le 24/04/2020

Patient : LEKMAITI NEZHA

Médecin traitant : DR DETSOULI M.

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE CERVICALE

Indication :

Bilan d'une hyperparathyroïdie.

Technique :

Exploration réalisée à l'aide d'une sonde de haute résolution à fréquence variable de 9 à 15 MHZ en mode B Doppler couleur et énergie et élastographie

Résultat :

- La glande thyroïde paraît de volume normal.
 Ses différentes mensurations sont :
 - Lobe droit : 45 x 14 x 12mm (3.6 cc)
 - Lobe gauche : 43 x 14 x 10 mm (2.8cc)
 - L'épaisseur de l'isthme est de 2mm.
- L'échostructure de la glande thyroïde paraît homogène sans lésion nodulaire focale ni d'hypervascularisation anormale.
- On met en évidence la présence d'une masse de type solide d'échostructure hétérogène avec une composante hypoéchogène et une composante hyperéchogène ovale bien limitée siégeant en arrière du pôle inférieur du lobe thyroïdien gauche évaluée à 3 x 1.4 x 1.2 cm environ présentant une vascularisation artério-veineuse à prédominance périphérique et un faible indice de rigidité en élastographie.
- Par ailleurs pas d'autre masse rétro-lobaire anormale visible notamment du côté droit.
- Pas d'adénopathie des chaînes cervicales.
- Bonne perméabilité des vaisseaux jugulo-carotidiens.
- Pas d'anomalie des glandes salivaires.

Au total :

Masse de type solide siégeant en arrière du pôle inférieur du lobe thyroïdien gauche de 3 cm de grand axe environ dont les caractéristiques écho-morphologiques sont évocatrices d'un adénome para-thyroïdien.

Eventuelle confrontation scintigraphique et ou TDM.

Dr. N. BENNANI

Dr. Y. BOUZIDI

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Signé : Dr CHAOUI M.Z
 RUE DR. MOBBENDIE - CASABLANCA
 TÉL. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
 05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

الفحص بالأشعة في المستشفيات

RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 24/04/2020

Facture N° 1153/2020

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **LEKMAITI NEZHA**

Examen(s) réalisé(s) : **ECHOGRAPHIE CERVICALE**

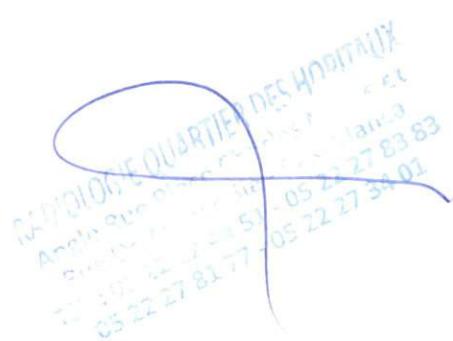
Dr. Y. BOUZIDI

Montant : **six cents (600 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENTS DH

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR



A handwritten signature in blue ink, reading "Dr. T. TAIFOUR", is written over a blue oval. The oval contains the text "RÉSIDENCE PASTEUR" and "RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX". Below the oval, there is a series of numbers: 05 22 27 83 83, 05 22 27 81 77, 05 22 27 34 01.