

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.

N° W19-545335

ND: 31949

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11381

Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : TAOUFIK BENCHIKROUN GHIZLANE

Date de naissance : 21.05.1976

Adresse :

Tél. : 0661134478

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 29 JUN 2020

LA CHAEL SIEGE RAM

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
CLINIQUE VETÉRINAIRE Service Radiologie Tél. 05 21 51 22 22	25.06.20	radiographie cer. urinaire	600 N

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 												
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> <table border="0"> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				25533412	21433552											
				00000000	00000000											
				35533411	11433553											
B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Casablanca , le 25/06/2020

Patient : **TOUM BENCHEKROUN Ghizlane**

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Les lobes droit et gauche de la thyroïde mesurent respectivement $46 \times 18 \times 17$ et $44 \times 15 \times 13$ mm correspondant à un volume global de $11,8 \text{ cm}^3$.

L'isthme est fin.

Lobe droit :

La moitié supérieure du lobe droit est occupée par un nodule globalement ovalaire bien circonscrit avec halo périphérique complet mesuré à $22 \times 15 \times 13$ mm , à grand axe parallèle au plan cutané, d'échostructure mixte alternant des zones tissulaires iso à hyperéchogènes et des plages de remaniement kystique avec cloison épaisse discrètement hypoéchogène et une vascularisation mixte péri et centrolésionnelle.

Par ailleurs le parenchyme du lobe droit est bien structuré homogène.

Lobe gauche :

Présence d'un nodule ovalaire polaire supérieur mesuré à 9×5 mm hyperéchogène homogènes bien circonscrit avec halo périphérique complet et une vascularisation essentiellement périlésionnelle.

Ganglions infracentimétriques submandibulaires bilatéraux en IIB avec nodule normal hyperéchogène sans caractère pathologique.

Parotides et sous maxillaires d'aspect normal.

Les vaisseaux du cou sont perméables.

Au total :

Nodule mixte de la moitié supérieure du lobe droit ($22 \times 15 \times 13$ mm) classé EU TIRADS 4.

Nodule centimétrique du pole supérieur du lobe gauche classé EU TIRADS 3.

Merci de votre confiance. **DR LYAFY MOHAMED**

CLINIQUE VILLE VERTE
DR LYAFY MOHAMED
Tél: 0522512323 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma
ICE : 001816946000014 RC : 366157 TP : 34774833 IF : 20718149
e-mail : cvv.ma

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° **3 117** / 2020 du **25/06/2020**

Nom patient	TOUM BENCHEKROUN GHIZLANE	Entrée 25/06/2020	Sortie 25/06/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE CERVICALE	1,00	Z	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

	Total général	600,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SIX CENTS DIRHAMS		

	Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements	600,00			600,00	0,00

Ref Chq : ATTWB N° 391560 CVV/

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte ③
Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 51 23 23 0667 57 57 57


ORDONNANCE

Casablanca le, 25/6/24

Urgences 24



Médecine

Chirurgie

Réanimation

Radiologie

Cardiologie
Interventionnelle

Maternité

Réanimation
Néonatale

Hémodialyse

TOUM BENCHEKROUN Ghizlane
ANT AFFILIÉ À MUPRAS

3 Rhumatisme
Cervical

