

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° W19-488372

ND: 32527

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2460 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Allal Hassan

Date de naissance : 1950

Adresse : Habtue ME

Tél. : 0668 59 22 93 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

ALLAL BEN ABDELLAH
13/11/2020
ACCUEIL

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
				INP : <input type="text"/>

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
<p>RADILOGIE QUEDZI 2, Rue d'Alger - Casablanca Tel. : 05 22 22 26 56 05 22 22 08 10</p>	02/07/2020	750	5000

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<hr/>																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr Bouchra ALAOUI EL HASSANI

Endocrinologue - Diabèteologue
Nutritionniste

الدكتورة بشرى العلوي الحسني

أخصائية في أمراض الغدد والسكري والتغذية

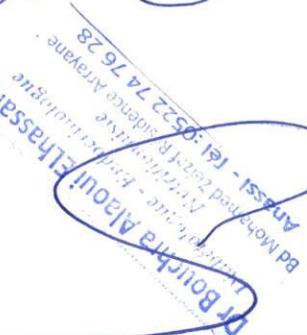
Casablanca, le :

30/06/12

Mme EL MASHAÏD
EP. Dabelli Négré
Coïtre nodule

Elle a été
Consultée

RADIOLOGIE QUED EL MAKHAZINE
12, Rue d'Alger - Casablanca
Tél. : 05 22 22 26 56
05 22 22 08 10



Casablanca Ahl Loghem, Bd. Mohamed Zefzaf
Résidence Arrayane 2, Imm.2, 3^{ème} Etage, N°49
(en face de Maroc Telecom, Annasi)
Fixe : 05 22 74 76 28 - 05 22 74 73 00
GSM: 07 67 56 03 95

الدار البيضاء، أهل ل glam، شارع محمد الزفزافي، إقامة الريان 2
الطابق 3، رقم 49 (أمام وكالة إتصالات المغرب، ثاناسي)
الهاتف : 05 22 74 76 28 - 05 22 74 73 00 - 05 22 74 76 56
المحمول : 07 67 56 03 95



الغدى بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued EL MAKHAZINE

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد برادة السوني

خريج كلية الطب
بمونبولي

CASABLANCA ,LE : 02/07/2020

IR.M

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

EXONEREE DE LA TVA

Facture N°:	FA20/3859
REF.NN.	

DAVALI NAJIA

ICE :

Désignation	Quantité	P.U	Montant
ECHOG CERVICALE	1,00	500,00	500,00

Total	500,00
-------	--------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° : 013780 01096 000105 001 05 48 / BMCI RUE D'ALGER CASABLANCA.
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE
12, Rue d'Alger - Casablanca
05 22 29 94 72 - 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41
Znقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72



الغدص بالأشعة واد المخازن
Radiologie Oued EL MAKHAZINE

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

CASA LE, 02.07.2020

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب
بمونبولي

IRM

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Numérisée

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

NOM : DAVALI NAJIA

DR : ALAOUI EL HASSANI BOUCHRA

RX : ECHOG CERVICALE

L'exploration échographique du cou montre :

- Le lobe droit de la thyroïde mesure 1.5/1.5/5 cm, ce qui correspond à un volume de **6 ml**, présente des contours réguliers et une échostructure homogène.

- Le lobe gauche de la thyroïde mesure 1.87/1.52/5.2 cm, ce qui correspond à un volume de **7.8 ml**, présente des contours réguliers et une échostructure non homogène.

Il existe de multiples nodules isoéchogènes, spongiformes, le plus gros est postérieur et polaire inférieur, mesurant environ **24/13/15 mm**, classé Eu **Tirads 3**.

- Perfusion normale de la glande au Doppler.
- Absence d'adénopathie pathologique latéro cervicale droite et gauche.

CONFRATERNELLEMENT
DR. BERRADA SOUNNI K.

RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE
12, Rue d'Alger - Casablanca
Tel. : 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41
05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 94 72