

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.

Diagnostique 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 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 : N° P19- 0014411

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5551 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEN BENAISSA (re. BUA) Date de naissance :
Adresse : 89 rue EL FORATE HAARIF
Tél. : 06 61 06 45 63 Total des frais engagés : 800,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15 / 09 / 2020
Nom et prénom du malade : Soumya Tadjik Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection ALD
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 / 09 / 2020
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

24 SEP. 2020

ACCUEILLI

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
15/12/2023		3000		Professeur de l'Orl - Chirurgie du Cou Chirurgie Maxillo-Faciale et de la Mandibule Expérimentation des nouvelles techniques

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
5, rue Ali Abderrazak CASABLANCA Tél: 94.97.97 - Fax: 94.97.99	16/07/20	5000	ca

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقويم الدوار والصمم

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI
Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injections et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

أستاذ مبرز

أمراض الأذن والأنف والحنجرة والشخير

تجميل الوجه وجراحة الوجه والفك

تقويم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 15/07/2020

Examen Radiologique

Mme SOUALY Malika

Echographie cervicale

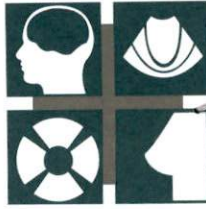
CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax: 94.97.99

LARAQUI
Professeur Agrégé
O.R.L. Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie
119, Bd Bir Anzarane Maarif-Casablanca
Tél: 0522 25.72.72

119 ، شارع بئر أنزران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء 20330

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2  me étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - ☎ : **05 22 25.72.72**

E-mails : laraquizeelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874



Casablanca, le 16/07/2020

Facture N° 2771

Nom patient : SOUALY MALIKA

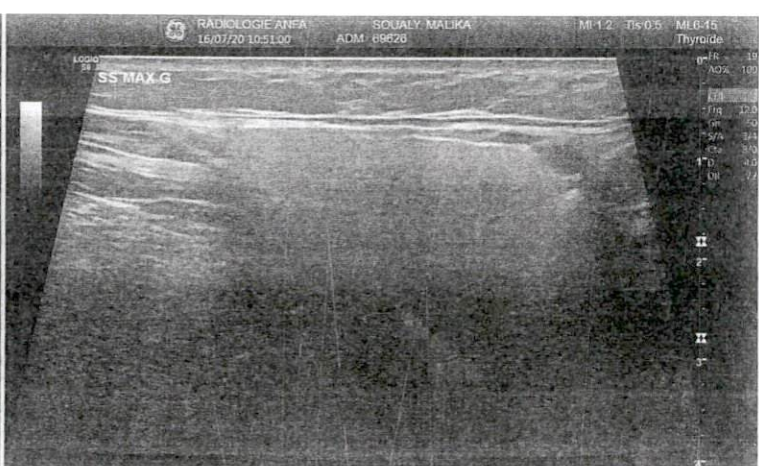
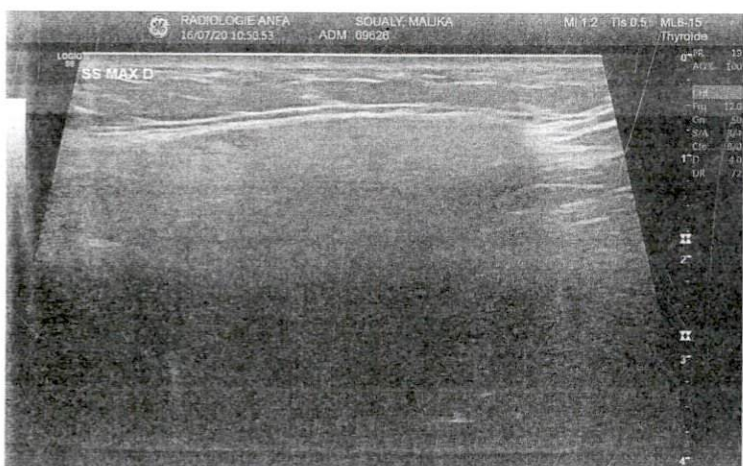
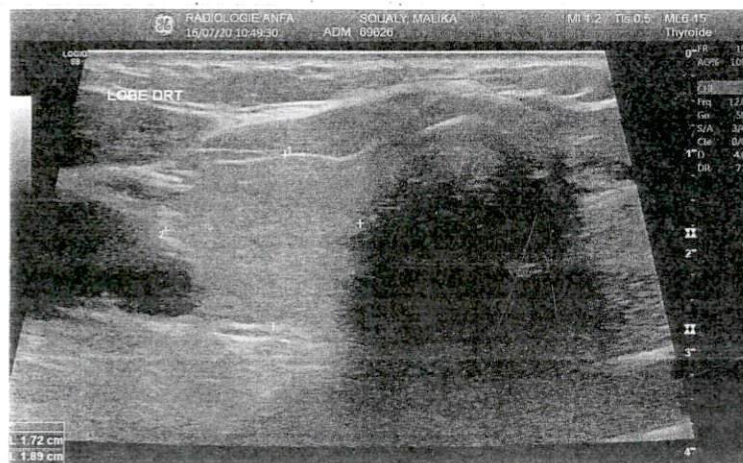
Examen(s) réalisé(s) :
ECHOGRAPHIE CERVICALE

Montant : cinq cents (500 DH)

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

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99



Patient : SOUALY MALIKA

Prescripteur: DR LARAQUI ZINE ELABIDINE NOURALLAH

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Mon cher confrère,

Veillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

L'examen a été réalisé sur un Echographe Logiq S8 XD clear 2.0 mise en service en janvier 2018.

Indication :

Gêne cervicale antérieure.

Technique :

L'exploration échographique est réalisée de façon comparative avec une sonde de très haute fréquence (18 Mhz).

Résultats :

En mode B :

La thyroïde est de morphologie et de dimensions normales.

Le lobe droit mesure : 55mm de long/19mm de large/17mm en antéro-postérieur.

Le lobe gauche mesure : 43mm de long/16mm de large/21mm en antéro-postérieur.

Les contours de la thyroïde sont réguliers, son échostructure est homogène.

Pas d'image évocatrice de lésion tissulaire, kystique, ou calcifiée.

Aspect normal des glandes sous-maxillaires ainsi que des parotides.

Pas d'adénomégalie latéro-cervicale.

En mode doppler couleur :

Vascularisation normale du parenchyme thyroïdien.

En élastographie :

Indice de rigidité normal au niveau des deux lobes thyroïdiens.

Conclusion :

Echographie cervicale et en particulier thyroïdienne strictement normale.

Score EU-TIRADS 1.

Classification du score EU-TIRADS

EU-TIRADS 1 : Examen normal

EU-TIRADS 3 : Aspect très probablement bénin

EU-TIRADS 5 : Aspect pratiquement certainement malin

EU-TIRADS 2 : Aspect bénin

EU-TIRADS 4 : Aspect suspect

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD