

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Education :**

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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0041486 /3621

Maladie       Dentaire       Optique 59904       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03621

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOURKIA

ABDEL GHANT

Date de naissance :

06/04/1960

Adresse :

107 Lot WAFAA DE BOUC

Téléphone :

0661330897 Total des frais engagés : 1033,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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) :

MUPRAS

12 JAN 2001

ACCUEIL

Age:

Enfant

### 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
09/12/20	3		3000	H. CHELLY C.O.D.A. - Centre Odontologique et Radiologique Rue Jeanne d'Arc 14 - 1000 Bruxelles - Belgique Tél : 02 22 53 20 85

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUA	9/12/20	133,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE EL OUMOUA	29/12/20	5 JAH	600

### AUXILIAIRES MEDICAUX

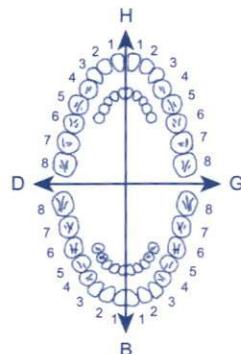
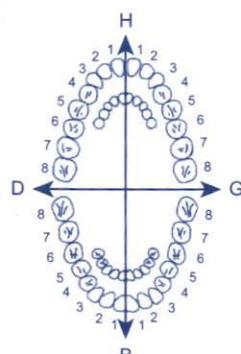
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	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 فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفراهي  
**CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS**  
 Casablanca le 9/12/2020

Madame

RACHIDA

ZITI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

*6.80*  
*6.90*

**LEVOTHYROX 25**

1 et 1/2 Cp le matin à jeun 30 minutes avant le petit déjeuner  
pdt 3 mois à la même heure de préférence

*19.00*  
**MAGMINE Cp**

1 cp le soir au coucher pendant 1 mois



**Professeur H. CHELLY**

O.R.L.  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
IMPE : 0910 4049

*2 mois*



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca  
  
Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
codealfarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتخيص

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

35330162160335

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

35330162160335

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

35330162160335

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

35330162160335

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

35330162160335

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

35330162160335

MB768 0923  
LOT PER  
Prx 99.00

**Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad**

- Scanner Multibarrette : Corp entier 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 29/12/2020

**FACTURE**

N° 5106/20

**ZITIOUI RACHIDA**

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE CERVICALE	600 DHS

RADIOLOGIE AL ANDALOUSS  
 Dr BENNOUNA Mohamed Fouad  
 Rue Jean jaures N°8 Casablanca  
 Ango Rd. Brahim Roudani  
 Tel : 0522 400000

Adresse : Angel-Bd.Brahim Roudani et Rue jean jaures N°8 Casablanca - Tél.: 0522490003

Patente N° : 35547765 - I.F. : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 ICE N° : 001714794000020

Site Web : [www.radiologiealandouss.com](http://www.radiologiealandouss.com)

**Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad**

- Scanner Multibarrette : Corp entier 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 29/12/2020

MEDECIN TRAITANT : PR.CHELLY

NOM & PRENOM : MME ZITIOUI RACHIDA  
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 lobo-isthmectomie gauche. La loge du lobe thyroïdien gauche est libre.
- Le lobe thyroïdien droit est de taille normale, d'échostructure homogène, mesurant 20.1 x 40.2 x 17.5 mm soit un volume de 7.43 ml.
- Glandes sous- maxillaires d'aspect échographique normal.
- Absence d'adénopathies cervicales.
- Présence d'une plaque athéromateuse au dépend de la paroi postérieure de la carotide primitive droite, mesurant 3.1 x 0.9 mm.

**AU TOTAL :**

- **Antécédent de lobo-isthmectomie gauche. La loge du lobe thyroïdien gauche est libre.**
- **Plaque athéromateuse au dépend de la paroi postérieure de la carotide primitive droite**

*Confraternellement,*

Adresse : Angel Bd.Brahium Roudani et Rue jean jaures N°8 Casablanca Tél.:0522490003

Patente № : 35547765 - I.F. : 1051982 - № d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 ICE № : 001714794000020

Site Web : [www.radiologiealandouss.com](http://www.radiologiealandouss.com)

# Ultrasound Image Report

Page 1 of 2

## Patient

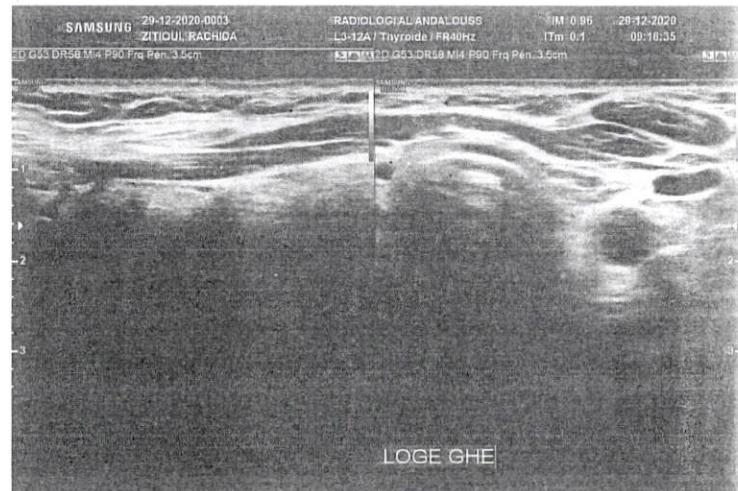
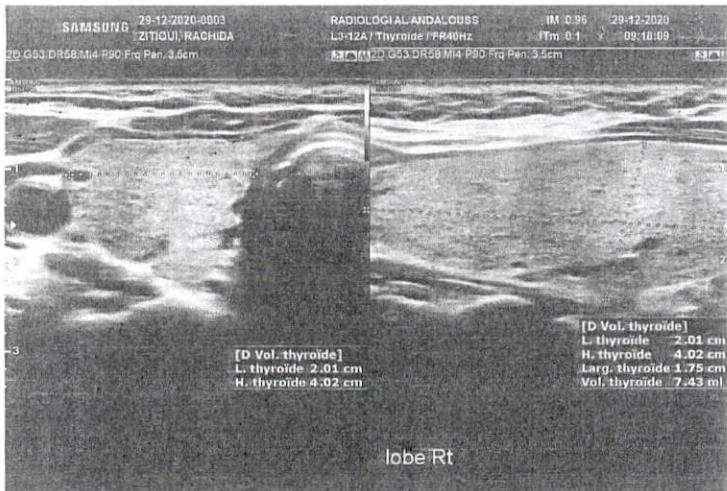
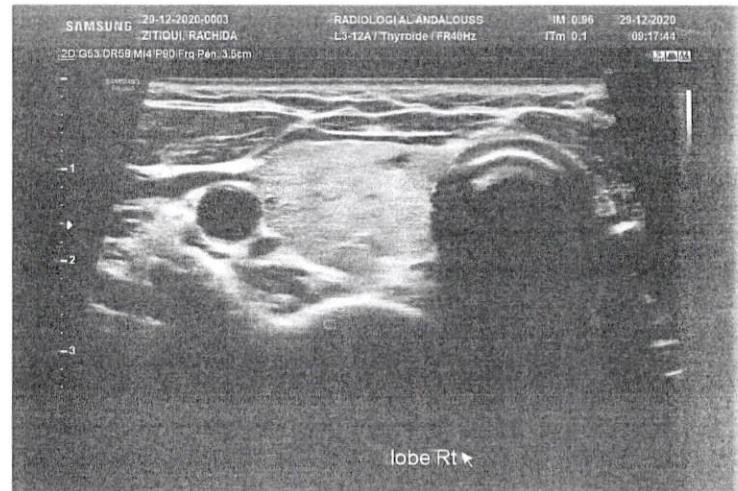
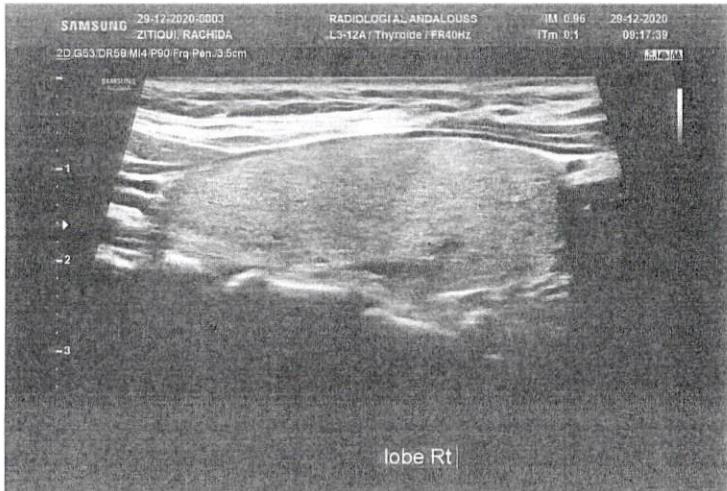
N°  
Nom  
D. naissance  
Sexe

29-12-2020-0003  
ZITIOUI, RACHIDA

## Examen

N° d'accès  
Date  
Description  
Echographiste

29122020



# Ultrasound Image Report

Page 2 of 2

## Patient

N°  
Nom  
D. naissance  
Sexe

29-12-2020-0003  
ZITIOUI, RACHIDA

## Examen

N° d'accès  
Date  
Description  
Echographiste

29122020

