

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 048027

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R.00202 Société : ESC / Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HADDAD N. Barak 154167  
 Date de naissance : 19.25  
 Adresse : secteur 4B Rue EL Azhar N° 247 Tauriquet - Salé  
 Tél. : 0664591433 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 / 03 / 2023  
 Nom et prénom du malade : EL HADDAD N. BARAK Age : 1930  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : dysthyroïdisme

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 : Salé le : 15 / 03 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : EL HADDAD N. BARAK



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

**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

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
15/05/23	C	1	7.200 F	

Dr. AMAR Med Point  
Avenue Méd V-Z  
Tabrouk 505  
MEDECIN ASSERMENTE  
74:06 37 78 6274

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/03/23	KE30	460,00

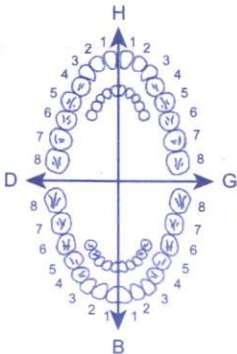
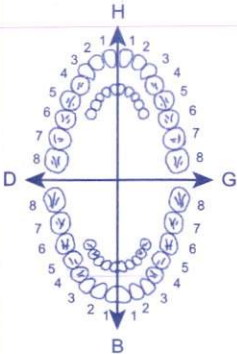
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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											
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF :**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed Fouad AMAR

MEDECINE GENERALE

Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور محمد فؤاد أعمار

الطب العام

خبير محلف مقبول لدى المحاكم

Salé, le...

7/03/23

Dr. AMAR Med Fouad  
Avenue Mohamed V - Zankat Salwa n° 74  
Tabriquet - Salé  
MEDECIN ASSERMENTE  
Tél : 05 37 78 62 74

EL HADDAD N' BAZICA

Je soussigné Edgardo  
Lewad  
(+ 78) roudi

Re : distigu roudi

Dr. AMAR Med Fouad  
Avenue Mohamed V - Zankat Salwa n° 74  
Tabriquet - Salé  
MEDECIN ASSERMENTE  
Tél : 05 37 78 62 74

Dr. B. BENCHEROUN.B.  
Tél : 05 37 78 62 74  
Tél : 05 37 78 62 74  
Tél : 05 37 78 62 74

Dr Mohammed Fouad AMAR

MEDECINE GENERALE

Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور محمد فؤاد أعمار

الطب العام

خبير محلف مقبول لدى المحاكم

Dr. AMAR Med Fouad  
Avenue Med V - Zankat Salwa n° 74  
Tabriquet - Salé  
MEDECIN ASSERMENTE  
Tél : 05 37 78 62 74

Salé, le

23/09/23

Dossier N° 128

1- EL HADDAD Y. BARKA  
Né 1930.

opéré en 2016 : résection  
totale de la thyroïde  
et lésion du foie

l'examen du 15/03/23 révèle  
une légère hypertrophie de la thyroïde  
avec T4C P. (régénération ?)

Cnd

Dr. AMAR Med Fouad  
Avenue Med V - Zankat Salwa n° 74  
Tabriquet - Salé  
MEDECIN ASSERMENTE  
Tél : 05 37 78 62 74



**IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE**

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - CONE BEAM - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

**Dr. M. BENCHEKROUN. B.**

**Dr. A. BENCHEKROUN. M.**

**FACTURE N° : 3887/2023**

EL HADDAD MBARKA	Salé, le 15/03/2023
<i>Examen(s) Réalisé(s)</i>	<i>Montant</i>
Echo Cervicale	400,00
<b>TOTAL</b>	<b>400,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

QUATRE CENTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES

Identité Bancaire : 022 815 000 065 00 050579 84 63 / SG Salé

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ  
Dr. M. BENCHEKROUN. B.  
12, Rue khlaifa R'Mel - Salé  
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77  
Fax: 05.37.88.67.77

RADIOLOGIQUE DE SALÉ  
BENCHEKROUN. B.  
12, Rue khlaifa R'Mel - Salé  
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77  
Fax: 05.37.88.67.77

12، زقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا).

12, Rue khlaifa R'Mel - Salé (En face de la Marina)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr



**IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE**

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - CONE BEAM - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

**Dr. M. BENCHEKROUN. B.**

**Dr. A. BENCHEKROUN. M.**  
Salé le, 15/03/2023

Nom Et Prénom : Mme. EL HADDAD MBARKA  
N° Patient / N° Dossier : 41658 / 196925  
Médecin Traitant : Dr . M. F. AMAR  
Examen(s) Réalisé(s) : Echo Cervicale

**RESULTATS :**

- Présence de formations nodulaires ; l'une au niveau de la loge isthmique à la partie inférieure mesurant 8/9/11mm avec vascularisation périphérique et centrale.
- Présence d'une autre formation nodulaire au niveau de la loge thyroïdienne droite, hyperéchogène mesurant 4/4mm.
- Pas d'adénopathie cervicale.

**CONCLUSION :**

- Aspect en faveur d'une régénération du tissu thyroïdien nodulaire au niveau de l'isthme et de la loge thyroïdienne droite.

**Signification des catégories EU-TI-RADS.**

EU-TI-RADS	Signification	Conduite à tenir
1	Examen normal	Absence de surveillance
2	Bénin	Une surveillance peut être effectuée
3	Très probablement bénin	< à 20mm : surveillance à 1 an ≥ à 20mm ou progression de 20% du volume ou d'au moins 2mm/ au moins 2 diamètre : Cyto-ponction
4	Faible Suspicion de Malignité	≥ à 15mm : Cytoponction.
5	Forte suspicion de Malignité	Cytoponction : si >10mm ou si <10mm avec augmentation de taille ou juxta capsulaire ou recherche de primitif.

**En vous remerciant de votre confiance  
Dr. NA**

*(Signature and stamp of Dr. M. BENCHEKROUN. B.)*  
12/03/2023  
05.37.89.26.30 / 05.37.89.67.77

12, زقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlaifa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr