

# 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.

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  
M23-003176

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 83644 Société : CAN  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 154213  
 Nom & Prénom : A. Bouzachane  
 Date de naissance : 22/09/1960  
 Adresse :  
 Tél. : 06 139 988 15 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : ..... / ..... / .....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) : .....



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- |       |  |     |  |
|-------|--|-----|--|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute           |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z | = Electro - Radiologie   |
| PC    | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B   | = Analyses   |
| K     | = Actes de chirurgie et de spécialistes  |     |  |

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                   | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                    | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU              | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                    |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                       | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit         | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes   | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnages | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                  |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 729516

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Azmy Jamila  
Matricule : 8344 Fonction : Retraitée Poste :  
Adresse :  
Tél. : 06 13 97 88 15 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Azmy Jamila Age     
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Neoplasie de la thyroïde  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A ..... le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 729516  
Matricule N° : 8344  
Nom du patient : Azmy Jamila  
Date de dépôt :  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes : .....



## 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
09/03/23	G		300,-	<b>Dr. Younes SHIMI</b> Clinique d'Oncologie Le Littoral Spécialiste en Médecine Nucléaire Salaj 3. Bd La Grande Ceinture Ain Diab Casa-Anfa Tél: 06 69 03 71 05 / 05 20 66 68 88/89

## 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
	16/3/23	600,-	M. S. A. 500,-
	13/03/23	250,-	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

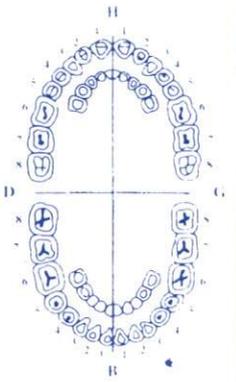
Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

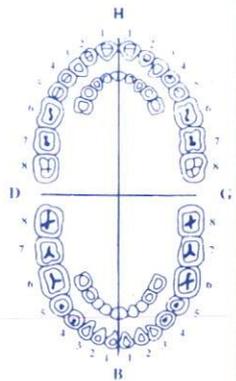
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
 Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>	
					MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
	25533412	H	21433552											
	00000000		00000000											
	00000000	D	G											
	35533411	B	11433553											
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>											
			DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre de Médecine Nucléaire le Littoral

مركز الطب النووي الساحل

Dr. Shimi Younes  
Médecin Nucléaire

Dr. Younes SHIMI  
Clinique d'Oncologie Le Littoral  
Spécialiste en Médecine Nucléaire  
Salaj 3. Bd La Grande Cornière Ain Diab  
Casa-Anfa  
Tél: 06 69 03 71 05 / 05 20 66 68 88 / 89

09.03.2023

Mme AZMY Jamila

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA  
SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 13/03/2023

Reçu N° 230313013

M ou Mme : AZMY JAMILA

Examen(s) demandé(s) :

ECHO THYROIDE

Soit un montant total de : 500.00 DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. Z. TAZI CHAOUI  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tel : 05.22.39.07.07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07  
Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

ICE:

00166434000090

# GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

## Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani  
Dr. H. Bengelloun  
Dr. Z. Tazi chaoui

13/03/2023

PATIENT                      AZMY JAMILA  
MEDECIN TRAITANT      SHIMI YOUNES

### ÉCHOGRAPHIE CERVICALE :

Patiente thyroïdectomisée.

Absence de tissu thyroïdien reconnaissable.

Présence au niveau de la région latéro- jugulaire droite au niveau du territoire Va d'une structure ganglionnaire mesurant 9,3 x 5,7mm. Cette lésion existait sur l'ancienne échographie où elle mesurait 7,5 x 6,5mm. Elle peut être en rapport avec une adénopathie résiduelle.

Absence d'autre masse ganglionnaire visible.

Absence d'anomalie des sous maxillaires.

Un contrôle échographique à distance de cette adénopathie est souhaitable.

Dr. Z. Tazi  
Spécialiste  
4, Rue Socrate, Casablanca  
né le 05/03/1977

**PR. Z. TAZI CHAOUI**  
M. O. TAZI  
Centre Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur YOUNES SHIMI

1, Quartier des Hopitaux, CHU Ibn Rochd

Medecine Nucleaire

CASABLANCA

Examen du 10/03/23 - Edité le 10/03/23

Madame AZMY JAMILA

Réf. : 23C412

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

IMMUNO/SEROLOGIE (AUTOMATE COBAS E411)

ANTICORPS ANTI THYROGLOBULINE -----

23,3 UI/ml

< 115

24/11/2022

12,0

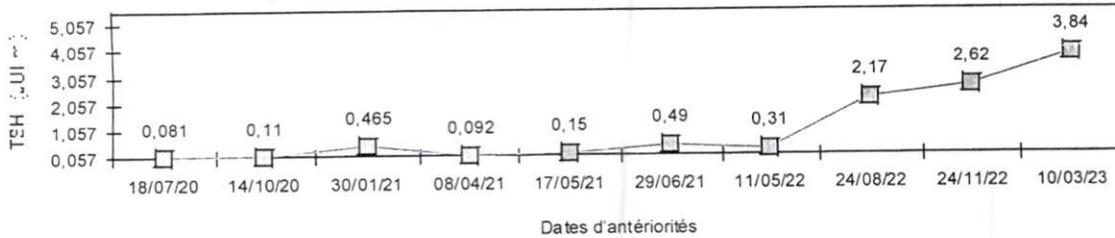
HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)

TSH Ultra - sensible -----

3,840 µUI/ml

0,27 - 4,21\*

2,620



THYROGLOBULINE -----

0,064 µg/l

0,063

Valeurs de références: Adultes: 3,5-77 µg/l

Patients thyroidectomisés : < 0,1 µg/l

78, RUE D'ALGER - CASABLANCA  
 Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 10 mars 2023

Madame AZMY JAMILA

FACTURE N°	355371
------------	--------

Analyses :			
Ac Anti - Thyroglobuline -----	B	150	Total : B 800
Hormono : Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250	
Thyroglobuline -----	B	400	

Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	

TOTAL DOSSIER		1 100,00 DH
---------------	--	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Cent Dirhams

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86



Dr. Shimi Younes  
Médecin Nucléaire

*Dr. Shimi Younes*  
**AZNY** *Jamila*

1- Thyroglobuline ultrasensible

2- Anticorps anti-thyroglobuline

3- TSH ultrasensible.

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Mohamed  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 05 22 77 16 05 Fax: 05 22 29 84 84

Casablanca, le

09 . 03 . 2023

*Dr. Shimi Younes*  
Dr. Younes SHIMI  
Médecin Nucléaire  
54, La Grande Ceinture Nucléaire  
Tél: 05 22 79 66 96 / 05 22 79 69 99  
Fax: 05 22 79 66 96 / 05 22 79 69 99