

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0024654

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5795 Société : 163992

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GOTTAYA ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661736033 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02.06.2025

Nom et prénom du malade : KHADIM MOULOUDA 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.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - 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
02/06/2023		C2	600DH	

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
 RADIOLOGIE ZERKTOUNI Résidence les Fleurs 99, Bd. Zerkouni Casablanca - Tél.: 05 22 88 11 11 ICE: 062458095000096	03/06/23	Homme - Eto Homme - 1200 DV	

AUXILIAIRES MEDICAUX

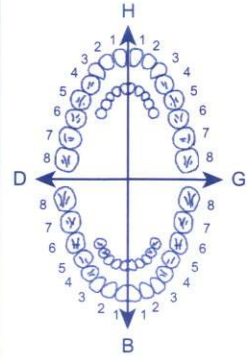
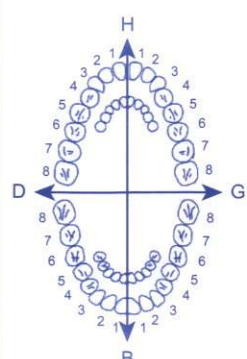
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] 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

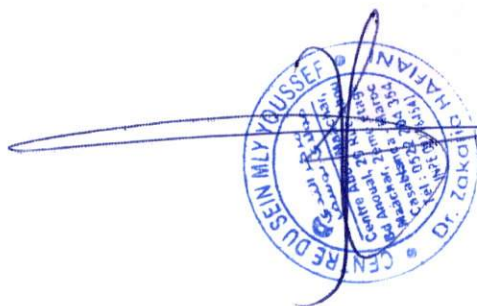
02/6/62

N — KHADI
 Nouloude

am. f. ph. +

Ech. mammaire

(les JPE per gmb)



RADIOLOGIE ZERKOTOU
 Résidence 1er Haut 59, Bd Zerkotou
 Angle Rue des Hôpitaux
 Casablanca - Tél: 05 22 88 11 11
 Fax: 05 22 88 11 11

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 03/06/2023

Facture N° 2984/23

Nom patient : **KHADIM MOULOUDA**

Examen(s) réalisé(s) : **MAMMO+ECHO MAMMAIRE**

Montant : **1200 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
Résidence les Fleurs 59 Bd Zerktouni
Angle Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél : 06 66 22 88 11 11
ICE : 002458095000096

Docteur Zakaria HAFIANI

Spécialiste

Lauréat des facultés de Médecine

Paris, Lyon, Grenoble et Tours (France)

Ex. Chirurgien des Hôpitaux et des Cliniques de France

Membre des sociétés Françaises de Chirurgie et de Sénologie

Traitement et Chirurgie des Maladies des Seins

Casablanca Le, 02 / 06 / 2023

FACTURE : Mme KHADIM MOULOUDA

Consultation effectuée au CENTRE DU SEIN MOULAY YOUSSEF

Arrêtée cette note d'honoraire à la somme de :

600.00 DHS (SIX CENT Dirhams).

CACHET ET SIGNATURE



Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le ; 03/06/2023

DR. ZAKARIA HAFIANI

Mme. KHADIM MOULOUDA

COMPTE RENDU

MAMMOGRAPHIE NUMERISEE :

Indication :

53 A/ 4 P/ ménopausée à 52 ans / dernier bilan mammographique en 2022 / Lésion à la jonction des quadrants externes du sein gauche.

Technique :

- Examen réalisé en incidences de face de profil et de profil axillaire avec tomosynthèse en incidence de face.
- Mammographe General Electric installé en 2021 numérisé avec tomosynthèse, 2D synthétique et auto-compression.

Résultat :

- Seins de volume globalement symétrique, aux enveloppes respectées et aux espaces graisseux sous-cutanés non épaissis.
- Seins en involution graisseuse de densité type I de l'ACR avec persistance d'un faible contingent conjonctivo glandulaire rétroaréolaire et des quadrants supéro-externes.
- Pas de surcroît de densité ni formation circonscrite identifiable.
- Pas de distorsion architecturale ni groupement suspect de microcalcifications.
- Aspect normal des sillons sous-mammaires et des prolongements axillaires.
- Le balayage en tomosynthèse ne montre pas d'anomalie.

ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE :

- L'examen échographique met en évidence la présence à la jonction des quadrants externes du sein gauche d'une petite formation hypoéchogène homogène à contours nets mesurant 8 x 3,4 mm non vascularisée au doppler (microkyste) sans renforcement postérieure.
- Absence d'anomalie identifiable au niveau de l'échostructure du sein droit.
- Petites formations ganglionnaires à hile graisseux de façon bilatérale.

Au total :

- Bilan Mammo-échographique en faveur d'anomalie bénigne à la jonction des quadrants externes du sein gauche.
- Examen classé ACR 1 à droite et ACR 2 à gauche.

DR. BELHOUCINE A. FATTAH
Radiologie Diagnostic et Interventionnelle
DR. A. BELHOUCINE
Résidence les Fleurs - Casablanca
Angle Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 88 11 11 - INPE: 18788

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 26828 Mot de Passe : 14388

Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerktouni, angle rue des Hôpitaux - Casablanca 20000 - Maroc

Tél. : + 212 5 22 88 11 11 (LG) • E-mail : rad59zerktouni@gmail.com

T.P. : 36340653 - I.F. : 45758413 - I.C.E. : 002458095000096 - RIB : CDM 021 780 0000 046 030 807165 97

RDV IRM : 06 66 20 74 92 - RDV Mammographie : 06 66 09 02 39