

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS 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.

N° W21-661324

166 866

Maladie

Dentaire

AI

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

20083

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARIVI MOHAMED

Date de naissance :

05-01-1966

Adresse :

50 Rue Fénelon b. Jins Rabat 10000

Tél. :

06 74 64 96 00 Total des frais engagés :

50000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/01/2023

Age: 19 ans

Nom et prénom du malade :

WADIA NAK SARA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Aff. opér + Hypo

En cas d'accident précisez les causes et conséquences

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté

meilleur conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CAHIL

Le : 18/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/01/2017 Actes	283	5900	DR : H.A Signature : Dr H.A BOUTAFI EB Younes Médecin Spécialiste H.A Hayy Mohammed

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Dactylo et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/05/2023	15	500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	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, facte 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	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca , le 30/05/2023

**Mme. HADRANE SAADIA
DR BOUTALEB YOUNES**

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE :

- Glande thyroïde de volume réduit, non hypervascularisée, mesurant :
Lobe thyroïdien droit : 24 x 12 x 11 mm, soit un volume de 1,8 ml.
Lobe thyroïdien gauche : 27 x 11 x 10 mm, soit un volume de 1,5 ml.
L'isthme mesure 2 mm d'épaisseur.
- La glande thyroïde présente des contours réguliers, une échostructure homogène, en dehors d'un micronodule kystisé lobaire gauche mesurant 1,4 mm de diamètre d'allure non spécifique.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Glandes sub mandibulaires et parotides d'aspect morphologique normal.

AU TOTAL :

- **GLANDE THYROÏDE HYPOTROPHIQUE HOMOGENE EN DEHORS D'UN MICRONODULE KYSTISE LOBAIRE GAUCHE D'ALLURE NON SPECIFIQUE**

Dr.BENYAHIA Z

Avec mes amicales salutations.

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 LF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 30/05/2023

Facture

Nom & Prénom : **HADRANE SAADIA**

Date d'examen : 30/05/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE	
Montant TOTAL	500 DH

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



Dr BOUTALEB Younès

الدكتور بوطالب يونس

Médecin Spécialiste

طبيب اختصاصي

O . R . L

في أمراض و جراحة الأنف والحنجرة والاذن

Chirurgie Cervico Faciale'

جراحة الوجه و العنق

Diplômé de la Faculté de Montpellier

خريج كلية الطب بمونبولي

FRANCE

ـ فرنسا

Ex. Attaché des Hôpitaux de Montpellier

ـ ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Ex. Assistant des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le

25/05/2013

الدار البيضاء في

HADDOUE SAAD

~~~~~

6 Rue Sidi

Rihani

Dr. BOUTALEB Younès  
Médecin Spécialiste  
O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale'  
Casablanca - Maroc

46، شارع علي يعتة حي السمارة الحبي المحمدى - أقام دار لمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 52 52 - الفاكس : 05 22 61 51 51

46, Bd Ali YAATA - SMARA Hay Mohammadi ( en face Dar Lamane ) Casablanca - Tél.: 05.22.61.51.51 - Fax : 05.22.61.52.52