

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.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-525952

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9072 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : KARIM MOHAMMED
 Date de naissance : 1.1.1966
 Adresse : SALONIA 2 Rue 32 MEHDI EL
 Tél. : 0666255705 Total des frais engagés : 600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amina ARROUBI
OMNIPRATICIENNE
Avenue Oued Daheb, Jamila 5
rue 181, N° 55 - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 56 58 46

26 JUL. 2023

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ELBOUAZZAOUI NAÏMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 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 : Casablanca Le : 25 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-525952

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
15/02/23	C	1	150 DH	INP : 091043604 Dr. Amina ARROUBI Généraliste Avenue Mohammed VI - Casablanca Tél: 05 22 55 53 46

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
ECHO. CERVICALE	22/7/23	450 DH	Dr. EL ARKAM Faouzi Médecin Radiologue BDC 762 - Casablanca Cité Dima Tél: 05 22 57 05 65



091145466

CAUX

Cachet et signature du Particien	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
	C	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Amina ARROUBI

OMNIPRATICIENNE

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata

Diplôme Universitaire

Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)

Diabétologie - Echographie

Spécialiste en Médecine du Sport

الدكتورة أمينة عروبي

الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتة

حاصلة على دبلومات جامعية

طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الإنجاب)

مرض السكري - الفحص بالصدى

أخصائية في الطب الرياضي

Le 15-7-25

Mr (Mme)

EL BOVAZIMOUR Amina

Dr Choqre

Levent

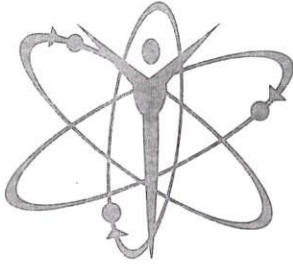
Dr. EL ARKAM Fatma
Médecin Radiologue
RDC 762, Bd Othman El Harti
Cité Djimab, Casablanca
Tel.: 05 22 57 65 65

Amina ARROUBI
OMNIPRATICIENNE
1 rue Dahab, Jamila 5
2055 Casablanca
Tél. : 05 22 55 55 46

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email : dr.amina.arroubi@gmail.com

Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba



مركز الفحص بالأشعة سباتة
CENTRE RADIOLOGIE SBATA
الدكتورة الأرقم فاطمة **DR. EL ARKAM FATNA**

Médecin Radiologue اختصاصية في الفحص بالأشعة

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie - Doppler
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

DATE LE : 22/07/2023

NOM & PRENOM : MME.EL BOUAZZAOUI NAIMA EP KARIM
MEDECIN TRAITANT : DR.ARROUBI AMINA

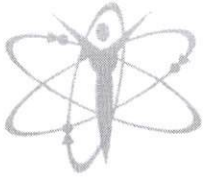
ECHOGRAPHIE CERVICALE

- La thyroïde est légèrement augmentée de volume aux dépens du lobe droit, de contours réguliers, d'échostructure normoéchogène, siège de nodules.
- **Au niveau du lobe droit** : homogène sans nodule visible.
- **Au niveau du lobe gauche** : on note la présence d'un nodule, médiolobaire, ovalaire, circonscrit, bien lin par rapport à la glande, siège de quelques zones kystiques et une macrocalcification avec cône d'ombre faible vascularisation périphérique et mesure actuellement 20 x 10 mm versus 21 x 12 mm (05/01/2022) classé EU-TIRADS 3.
- Pas d'autres nodules décelables.
- **Au doppler** :
Vascularisation normale du parenchyme thyroïdien.
- **Volume de la thyroïde** :
 - ✓ Lobe droit : 13,4 cc versus 14,2 cc (normal 4 à 10 cc)
 - ✓ Lobe gauche : 11,2 cc versus 10,2 cc (normal 4 à 10 cc)
 - ✓ Isthme : 2,7 mm versus 2 mm (normal ≤5mm)
- Absence d'adénopathies cervicales.
- Les glandes submandibulaires et parotides sont d'aspect normal.

AU TOTAL :

- La thyroïde est légèrement augmentée de volume aux dépens du lobe droit.
- Nodule thyroïdien médiolobaire gauche mesure 20x10 mm classé EU-TIRADS 3 d'aspect stable depuis l'examen du 05/01/2022.
- Pas d'autres nodules thyroïdiens.
- Les glandes salivaires sont d'aspect normal.
- Pas d'adénopathies cervicales de taille significative.

Cordialement



مركز الفحص بالأشعة سباتة
CENTRE RADIOLOGIE SBATA

● Facture N° : 2053/23

● Nom complet : Mme EL BOUAZZAOUI NAIMA

● Le : 22-07-2023



Examens	Montant
- ECHOGRAPHIE CERVICALE	450.00 DH

Dr. EL ARKAM Fatna
Médecin Radiologue
RDC 762, Bd Driss El Harti
Cité Djmaa - Casablanca
Tél : 05 22 57 65 65

En lettres : Quatre cent cinquante dirhams