

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 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
M23-0015991

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10278 Société : Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAOUI DRISS
 Date de naissance : 21-12-1961
 Adresse : 11 LOT AL ISMAILIA Benmedjel
 Tél. : 0635615680 Total des frais engagés : 651,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. MOUSTATI Nawar
 Médecin Généraliste
 339, Av. Ibrahim Roudani Al Wahid
 Casablanca - Tél. : 0522 53 49 00
 Date de consultation : 14/03/2024
 Nom et prénom du malade : Taïfasse Zama Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Fatigue, HTA & Fourniture de médicaments
 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


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
14/03/24	C.A.		150DH	
22/03/24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/03/24	101,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/03/24	ECHO Cervicale	400 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

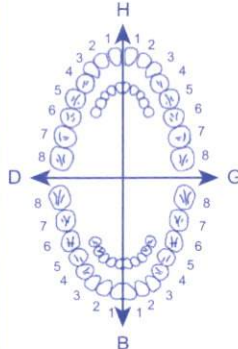
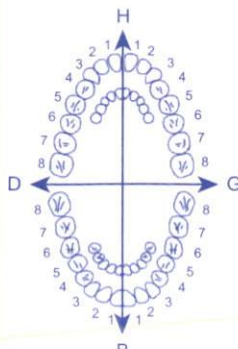
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 CCEFFICIENT 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>D</td> <td>G</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> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

CENTRE DE RADIOLOGIE
OULAD HRIZ



مركز الفحص بالأشعة
أولاد حريز

Dr. Nawfal ABOU-IBADALLAH
Spécialiste en Radiologie

Dr. Hamza EL HASSANI
Spécialiste en Radiologie

IRM haut champ - Scanner spiralé multi-barrettes - Radiologie générale numérisée

Rachis et Membre inférieur en totalité - Mammographie - Échographie - Echographie-Doppler

Panoramique dentaire numérique - Denta-scanner - Ostéodensitometrie bi-photonique - Radiologie interventionnelle



Patient : TNIFASSE ZAHRA

Examen : ECHO CERVICALE

Date : 15/03/2024

Berrechid le, 15/03/2024

Patient : TNIFASSE ZAHRA

Prescripteur : Dr. MOUSTATI NAWAR

Indication : Suspicion de nodule thyroïdien.

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Résultats :

Thyroïde de taille normale :

– **Lobe thyroïdien droit**, mesure 15 x 12 x 50 mm, soit un volume de 5,1 cm³. Les contours sont réguliers.

Son échostructure est homogène.

– **Lobe thyroïdien gauche**, mesure 17 x 8 x 53 mm, soit un volume de 4,4 cm³. Les contours sont réguliers.

Son échostructure est hétérogène par la présence d'un nodule médiolobaire postérieur, solido-kystique, à composante liquidienne majoritaire, bien limité, de contours réguliers, mesurant 6,4 x 4 x 7,4 mm, classé EU-TIRADS 3.

– **Isthme thyroïdien**, mesure 2,2 mm de diamètre antéro-postérieur sur une coupe transversale.

Absence d'hypervascularisation parenchymateuse glandulaire au doppler couleur.

Glandes sub-mandibulaires et parotides de taille et d'échostructure normales, sans dilatation canalaire, ni d'image lithiasique.

Absence d'adénomégalie cervicale.

Axes vasculaires cervicaux perméables et de calibre normal.

Absence de lésion d'allure évolutive au niveau du plan cellulo-graisseux sous-cutané.

Au total :

Thyroïde de volume normal, siège d'un nodule médiolobaire postérieur gauche, mesurant 6,4 x 4 x 7,4 mm, classé EU-TIRADS 3.

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

Merci de votre confiance

CENTRE DE RADIOLOGIE
OULAD HRIZ
13, Avenue Pierre Assouline
Lotissement Bercor, Berrechid
INPE 060065646

Docteur Nawar MOUSTATI

Médecin Généraliste

339, Av. Brahîm Roudani

Al Wahda - Berrechid

Tél : 05 22 53 49 25



الدكتور نوار مستطيع

الطب العام

الرقم 339 - شارع إبراهيم الروداني

حي الوحدة - برشيد

الهاتف : 05 22 53 49 25

ORDONNANCE

برشيد في : 22.08.2023

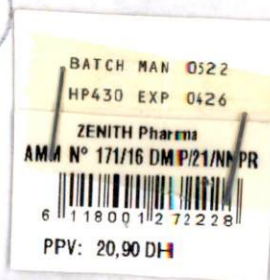
Trifase Zahra

1) Vio D3 200

Augmentin

2) Plavix 75 mg

Augmentin



Pharmacie ALAFA

1.3.5 Rue Ha Abou Ma

BERRECHID

Tel: 05 22 33 64 01

PPV : 81,00 DHS

Date fab/ utilisé avant/ Numéro de lot:

09.08.2023
09.08.2025
3080920Y00

Dr. MOUSTATI Nawar
Médecin Généraliste
339, Av. Ibrahim Roudani Al Wahda
Berrechid - Tél.: 0522 53 49 25



Dr. Nawfal ABOU-IBADALLAH
Spécialiste en Radiologie

Dr. Hamza EL HASSANI
Spécialiste en Radiologie

Berrechid le, 15/03/2024

Facture N° : 1572

IRM haut champ

Scanner spirale
multi-barrettes

Radiologie générale
numérisée

Rachis et Membre
inférieur en totalité

Mammographie

Échographie

Echographie-Doppler

Panoramique
dentaire numérique

Denta-scanner

Ostéodensitometrie
bi-photonique

Radiologie
interventionnelle

Nom et Prénom : TNIFASSE ZAHRA

Exam	Prix
ECHO CERVICALE	400,00
Total	400,00

Arrêté le montant de la présente facture à la
somme de :

QUATRE CENTS DIRHAM(S)

CENTRE DE RADIOLOGIE
OULAD HRIZ
13, Avenue Pierre Assouline
Lotissement Bercor, Berrechid
INPE 060065646

📍 13, Avenue Pierre Assouline, Lotissement Bercor, Berrechid

☎ 05 22 51 71 00

✉ radiologieouladhriz@gmail.com

🌐 www.radiologie-ouladhriz.ma

Docteur Nawar MOUSTATI

Médecin Généraliste

339, Av. Brahim Roudani

Al Wahda - Berrechid

Tél : 05 22 53 49 25



الدكتور نوار مستطيع

الطب العام

الرقم 339 - شارع إبراهيم الروداني

حي الوحدة - برشيد

الهاتف : 05 22 53 49 25

ORDONNANCE

Berrechid le : 14/03/24 : برشيد في

Trifosse Zahra

PLH Suspension du module
Hygène

CS Echo - cervical

CENTRE DE RADIOLOGIE
OULAD HRIZ

13, Avenue Pierre Assouline
Lotissement Bercor, Berrechid

INPE 060065646

Dr. MOUSTATI
Médecin Généraliste
339, Av. Brahim Roudani Al Wahda
Berrechid - Tél. 0522 53 49 25