

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-464602

32380

Courant
NSA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : #1285#

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CABRANE Abdellah

Date de naissance : 01.01.48

Adresse : KAMAL II BLOC A lot: 118 SETTAT

Tél : 0664456419 Total des frais engagés : #894,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Céline Zalmé

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 : SETTAT

Le : 10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | 15000 | INPE: 061207353 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 10/03/20 | 154,20 D.T. |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 11/03/20 | 230 | 300 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---------------------------------|
| | | | |

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 | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|-------------------------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|-----------------------------|
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

Dr. Fatima Ezzahra FAIZ

Médecine Générale

Echographie

Nutrition et Diabète, Obésité

Cholestérol, Maladies Rénale

الدكتورة فاطمة الزهراء فايز

الطب العام

الفحص بالصدى

التغذية والسكري السمنة

الكوليسترول أمراض الكلى



Ordonnance

Settat, le 10 MARS 2020

LOT: 8MA100R
PER: 06 2021

BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V: 102DH00



6 118000 060567

Nom et Prénom du malade : Calixte Zehra

102,00
1) Birodogyl

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML

P.P.V: 45DH40



6 118000 010494

45,40

2) Duphalac liq

1càx3j alt

6.80

3) Levothyrox 25

1/2 c à j alt

Lev

alt 3m



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

Dr. Fatima Ezzahra FAIZ

Médecine Générale

Echographie

Nutrition et Diabète, Obésité

Cholestérol, Maladies Rénale



الدكتورة فاطمة الزهراء فايز

الطب العام

الفحص بالصدى

التغذية والسكري السمنة

الكوليسترول أمراض الكلى

Ordonnance

Settat, le 10 MARS 2020

Nom et Prénom du malade

Calixte Zaher

échographie cardiaque

27 de 20a

Dr. Fatima EZZAHRA
Médecin Généraliste
N° 88, 1^{er} Etage, Appartement 1
Settat - Tél: 0523 40 38 91
Dr. Fatima MEZIANE
Médecin Radiologue
N° 88, 1^{er} Etage, Appartement 1
Settat - Tél: 0523 40 38 91

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 10 MARS 2020

Nom/Prénom : Calixte Tshing Age : Sexe : H ☐ F ☐

Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture + Antibiotogramme

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ HGPO
- ☐ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☐ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg⁺⁺
- ☐ Bicarbonates (HCO₃⁻)
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU + Antibiotogramme

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases ACIDES
- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
- ☐ Hépatite B
- ☐ Antigène Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbc
- ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du complément
- ☐ Sérologie HIV

Examen parasitologique des selles + Coproculture

☐

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

Groupage sanguin et AC irréguliers

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Bilan de la fonction thyroïdienne

- ☐ T3
- ☐ T4
- ☒ TSH

Bilan de la fonction rénale

- ☐ Créatinine
- ☐ Urée plasmatique

Exploration de la prostate

- ☐ PSA

Enzymes musculaires

- ☐ LDH
- ☐ CPK
- ☐ CPK-mb

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Autres :



CABINET IBNOU SINA
Lotissement Chouia
N-5 Bd Abderrahmane Skirej
Settat
Maroc
Tél: 05 23 40 32 59
GSM: 06 53 57 12 06

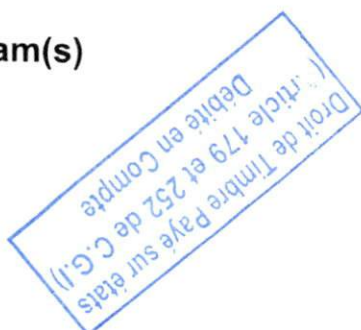
| NOM DU PATIENT | DATE D'EXAMEN | DATE DE FACTURE | DATE D'EDITION | DATE DE NAISSANCE |
|----------------|---------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| CABRANE ZAHRA | | 11 mars 2020 00:00 | 11 mars 2020 00:00 | |

FACTURE N°:SAJ/2020/ 5734

| NATURE DE L'EXAMEN | COTATION | REMISE | PRIX UNITAIRE |
|--------------------|----------|--------|---------------|
| ECHO CERVICALE | Z30 | 0% | 300,0 |

Total: 300,00

Total: trois cents dirham(s)



Dr. Amine MEZIANE
Cabinet Dr. Amine MEZIANE
N° 05 23 40 32 59
N° 06 53 57 12 06

Facture

ICE : 001931729000023
N° facture : 2020-0984
Date 11/03/2020
Date de prélèvement : 11/03/2020
Patient Mme CABRANE Zahra

| Analyses | Valeur en B | Montant |
|----------------|-------------|---------|
| TSH us | 250 | 275,00 |
| Total B | 250 | 275,00 |
| APB | 1,0 | 15,00 |
| Total | | 290,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent quatre-vingt-dix dirhams***

LABORATOIRE AVERROËS
64, BOULEVARD MOHAMED V
APPARTÈMENT 7 - SETTAT
Tél : 05 23 40 55 92 - Fax : 05 23 40 55 93
Mail : averroeslabm@gmail.com

CABINET DE RADIOLOGIE

IBNOU SINA



عيادة الفحص بالأشعة

إبن سينا

Dr. Amina MEZIANE

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SCANNER - ECHOGRAPHIE DOPPLER - MAMMOGRAPHIE
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE ET DENTAIRE

Date : 11/03/2020

Nom & Prénom : Mme. CABRANE ZAHRA

Médecin traitant : FAIZ FATMA EZZAHRA

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Résultat :

Glande thyroïde de taille normale , de contours réguliers.

Le lobe thyroïdien droit mesure 15mmx18mmx41mm , soit un volume de 6ml

Le lobe thyroïdien gauche mesure 14mmx17mmx38mm , soit un volume de 5ml

L'isthme mesure 3mm

Le volume global de la thyroïde est estimé à 11ml

Les deux lobes thyroïdiens sont le siège de multiples lésions nodulaires (plus de six), d'échostructure spongiforme à vascularisation périphérique , de taille variée , la plus volumineuse mesure 8mmx13mm siège au niveau du 1/3 supérieur du lobe thyroïdien droit

Macro calcification medio rénale droite de 4mm de grand axe

Les glandes parotides et les glandes sous maxillaires sont de taille et d'échostructure normales.

Absence d'adénopathies latéro-cervicales.

Aspect libre et perméable des axes vasculaires jugulo-carotidiens.

Conclusion:

Thyroïde de volume normale , nodulaire classant l'examen EU -TIRADS 2

Lotissement Chaouia N°5 - Bd Abderrahmane Skirej -Settat

Tél. : 05 23 40 32 59 - GSM : 06 53 57 12 06

Patente : 40064846 - RC : 4643 - IF : 20680154 - ICE : 001718971000052



LABORATOIRE
AVERROËS

Dr. Bouchra MIADI
الدكتورة بشرى ميعادي

Doctorat en Pharmacie
CES Bactériologie - Virologie / CES Hématologie - Immunologie
CES Biochimie / CES Parasitologie - Mycologie

Biochimie clinique Bactériologie médicale Hématologie clinique Immunologie
Hormonologie - Oncologie Parasitologie - Mycologie Virologie médicale Spermiologie

Demandé par Dr. : FAIZ FATIMA EZZAHRA

Mme CABRANE Zahra

Code Patient : 16-00437

Réf : 110320-046



Settat

Examen du : 11/03/2020

Heure Pvt : 10:04:00 Edité le : 11/03/2020

Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

ENDOCRINOLOGIE

TSH us

(Chimiluminescence/Roche)

: 1,38 μ UI/ml

Valeurs Usuelles

(0,27 - 4,2)

Antériorité

Nous vous remercions de votre confiance

Signature

