

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-494116

35117

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 2064 | Société : R.A.M. | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Moutib El Mekki Djamaa | | | |
| Date de naissance : 01/01/1861 | | | |
| Adresse : Hay Marabouty Rue 6 N° 26 | | | |
| Tél. : 06 65 79 3898 Total des frais engagés : 10615 Dhs | | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Dr. ARBAOUL EL HADDOUCI ENDOCRINOLOGIE | | | |
| MRAICH FOUIZA Age: 1865 | | | |
| Date de consultation : / / | | | |
| Nom et prénom du malade : MRAICH FOUIZA | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Soi-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : GOTHE | | | |
| 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 : 09/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. ARBAOUL EL HADDOUCI ENDOCRINOLOGIE

| RELEVE 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 |
| 23/5/2020 c-7 | | | 60 | INP : 111111111111 Signature : Dr. Boudjedra Assurance : Caisse nationale de l'assurance maladie |
| 01/6/2020 c-7 | | | 300 dh | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 17 / 01 / 2023 | 26150 |

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Ben MSick SA 121122 Av. du 10 Mai 05 22 31 67 05 / 08 05 INP : 090010654 | 18.5.20 | 1650 | 5000DH |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| RELEVE 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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> | | | H | | G | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | B | | H | |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cabinet Médical Spécialisé
Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie
Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة
الدكتورة عرباوي بنatal فاتحة
أخصائية
الغدد - السكري
الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 01/06/2006.

Dr. N RASHID FATHA



148,00

→ Diabetologe.

48,-



+

59,00

→ Spasmof.

52. Pj x3

190,50

59,00



LOT : 19000274
EXP : 13.06.2006

13,-

→ Steroid gel.

59,00



→ Avlocastrol gel.

12,-

41,80



إقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

261,50

RADIOLOGIE
BEN M'SIK - SIDI OTHMAN

Dr. SOUAD CHRAIBI
Dr. KHALID BENSOUDA
RADIOLOGUES

- I.R.M sur RDV
- SCANNER
- RADIOLOGIE GENERALE
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- PANORAMIQUE DENTAIRE
- CONE - BEAM



الفحص بالأشعة
ابن امسيك - سيدى عثمان
الدكتورة سعاد الشرابي
الدكتور خالد بنسودة
إختصاصيان في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 28/05/2020

Facture N° 02951\2020

Nom patient : **MRAIH FOUZIA**

Examen(s) réalisé(s) : **ECHOGRAPHIE CERVICALE**

Montant : **500 DH**

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

REGLEMENT : ESPECES

RADIOLOGIE
Ben M'Sik Sidi Othmane
1921/22, Av. du 10 Mars Sidi Othmane
Tél: 05 22 37 67 06 / 08 08 37 05 83
INP : 090000654

19-21-22 Avenue du 10 Mars - Sidi Othmane
CASABLANCA - Patente : 37 203088
C.N.S.S 2362945 - ICE: 001643022000095
IF : 2820583

08.08.37.05.83 / 05.22.37.67.05
Fax : 05.22.38.23.67

19-22-21 شارع 10 مارس - سيدى عثمان
الدار البيضاء - بستانة : 37203088
ص.و.ض.ج : 2362945 - إس.ه : 001643022000095
ا.ف : 2820583

Cabinet Médical Spécialisé
Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة
(الدكتورة عرباوي بتأل فاتيحة)
أخصالية
الفعد - السكري
الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le :

No 12A577 Fratza

PC = Geste nolla

→ Ecloger → Anabol

RADIOLOGIE
Ben M'Sick Sidi Othmane
192/22, Av. du 10 Mars Sidi Othmane
Tél : 05 22 37 67 05 / 08 08 37 05 83
Dr. ARBAOUI FATIHA
ENDOCRINOLOGIE
DIARETOLOGIE - NUTRITION
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis
en face Gare de l'Oasis 1 - Casablanca
Tél : 0522 25 61 65 - Fax : 0522 23 25 06
Email : arbaoui.fatiha@gmail.com

En cas d'urgence 0663 43 95 48

اقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

Email : arbaoui.fatiha@gmail.com

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

RADIOLOGIE

BEN M'SIK - SIDI OTHMAN

Dr. SOUAD CHRAIBI

Dr. KHALID BENSOUDA

RADIOLOGUES



- I.R.M sur RDV

- SCANNER

- RADIOLOGIE GENERALE

- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR

- MAMMOGRAPHIE

- OSTEODENSITOMETRIE

- PANORAMIQUE DENTAIRE

- CONE - BEAM

الفحص بالأشعة
ابن امسيك - سيدى عثمان
الدكتورة سعاد الشرابي
الدكتور خالد بن سودة
إختصاصيان في الفحص بالأشعة

Casablanca , le 28/05/2020

Médecin traitant : DR ARBAOUI BATTAL FATIHA

Nom du patient : MRAIH FOUZIA

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE CERVICALE

COMPTE RENDU

L'examen objective un nodule sur le versant externe du lobe droit thyroïdien, nodule mesuré à 17x10x26mm, nodule classé TI RADS3.

Au niveau de la partie basse du lobe droit thyroïdien, présence d'un petit nodule de 6x4x8mm, nodule classé aussi TI RADS3.

Pas d'élément suspect.

A noter des petits lobes thyroïdiens mesurés :

Lobe gauche : 14x2x37mm, soit un volume de 3.3cm³

Le lobe droit est mesuré à 10x10x40mm, soit un volume de 2cm³.

L'isthme est mesuré à 1mm.

CONCLUSION :

- Petits lobes thyroïdiens.
- Un nodule du versant externe du lobe thyroïdien droit, mesuré à 17x10x26mm, classé TI RADS3 et un petit nodule de la partie basse du lobe droit thyroïdien, classé aussi TI RADS3.
- Pas d'élément suspect.

Confraternellement
Docteur KHALID BENSOUDA

