

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 054721

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01026 Société : RAM 39.634  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : Serbanti Elghazouani  
Date de naissance : 1941  
Adresse : 23B, Rue Tanger, Cité de l'Air Nouvel, Casablanca  
Tél. : 0668779252 Total des frais engagés : 1109,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : 10/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

### 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

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

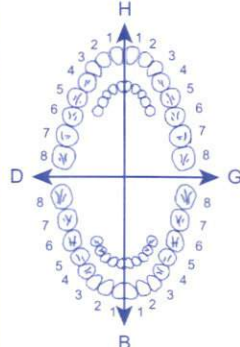
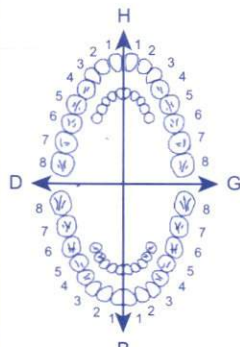
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <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



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	G
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	(Création, Remont, adjonction)	Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Fin de

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W17-137287	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-137287

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom		Signature de l'adhérent
Fonction		Signature de l'adhérent
Mail		Signature de l'adhérent

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

<b>PHARMACIE</b>	Date
Montant de la facture	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

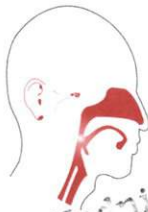
Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

**Dr. Afaf REFASS-HADNI**

**Oto-Rhino-Laryngologiste**

Médecin spécialiste en maladies & chirurgies  
de l'oreille, du nez, de la gorge, de la face et du cou



**د. عفاف الرفاص - حدني**

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le

**Dr. Afaf Refass Hadni**  
**Oto-Rhino-Laryngologiste**  
Al Miaraj Center, Angle Bd. Anoual  
et Bd. Abdelmoumen 2ème Etage N° 23  
Casablanca

11 août 2020

**Mme OUADIA RAHMA**

63.20 x 2

ZYRTEC CP

870 1 CP PAR JOUR LE SOIR pendant 1 Mois

RELAXIUM B6 300MG BT/30 GEL

96.00 1 GELULE PAR JOUR LE SOIR pendant 1 Mois

GUN HYDRAL BAIN DE BOUCHE

1 BDB 4 FOIS PAR JOUR

309.40

**Dr. Afaf Refass Hadni**  
**Oto-Rhino-Laryngologiste**  
Al Miaraj Center, Angle Bd. Anoual  
et Bd. Abdelmoumen 2ème Etage N° 23  
Casablanca



63,20

مجمع المعراج: ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء  
محطة طرمواي عبد المومن (الخط الأول) أو أنوال (الخط الثاني)

Al Miaraj Center: Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2ème Etage, N° 23 - Casablanca  
Station tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)

E-mail : refassorl@gmail.com - Gsm: 0608 51 76 28 - Fixe : 0522 86 41 86



Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد بريدة السونني

خريج كلية الطب  
بمونبليي

CASABLANCA ,LE : 11/08/2020

I.R.M

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

RACHIS ENTIER  
Numérisée

GONOMETRIE  
Numérisée

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE  
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

## EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA20/4977

OUADI ARAHMA

ICE :

REF.NN.

Désignation	Quantité	P.U	Montant
ECHOG CERVICALE	1,00	500,00	500,00

Total

500,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° : 013780 01096 000105 001 05 48/ BMCI RUE D'ALGER CASABLANCA.  
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

**Dr. Afaf REFASS-HADNI**

**Oto-Rhino-Laryngologiste**

Médecin spécialiste en maladies & chirurgies  
de l'oreille, du nez, de la gorge, de la face et du cou



**د. عفاف الرفاص - حدني**

طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة  
الأذن، الأنف، الخنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le :

11/08/20

Quadia Rahma

Suspicion de  
Nodule thyroïdien

Echographie  
cervicale

Dr. Afaf Refass Hadni  
Oto-Rhino-Laryngologiste  
Al Miaraj Center Angle Bd Anoual  
et Bd Abdelmoumen 2ème Etage N° 23  
Casablanca

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء  
محطة طرمواي عبد المومن (الخط الأول) أو أنوال (الخط الثاني)

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2ème Etage, N° 23 - Casablanca  
Station tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)

E-mail : refassorl@gmail.com - Gsm : 0608 51 76 28 - Fixe : 0522 86 41 86



# الفحص بالأشعة واد المخازن Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد بريدة السونني

خريج كلية الطب  
بمونبولىي

IRM

CASA LE, 11.08.2020

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

NOM : OUDIA RAHMA  
DR.  
RX: ECHOG CERVICALE

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

## L'exploration échographique du cou montre :

RACHIS ENTIER  
Numérisée

- Thyroïde de volume normal.
- Le lobe droit de la thyroïde mesure **1.6/2.1/3.5 cm**, ce qui correspond à un volume de **6 ml**.

GONOMETRIE  
Numérisée

- Le lobe gauche de la thyroïde mesure **1.2/1.4/4.5 cm**, ce qui correspond à un volume de **4 ml**.

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

- Isthme mesure 2,7 mm d'épaisseur.
- Elle est siège de 3 nodules spongiformes, polaires supérieurs droits, mesurant respectivement 4.5 mm, 4.3 mm et 4 mm, classés, **Eu Tutirads 2**.

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE  
Numérisée

- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Glandes sub-mandibulaires et parotides d'aspect normal.
- Axes vasculaires libres.

OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

## Conclusion :

- Nodules thyroïdiens droits, classé **EUTIRADS 2**.

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

CONFRATERNITE MEDICALE EL MAKHAZINE  
DR. BERRADA SOUNNI K.

Tél. : 05 22 22 26 56  
05 22 22 08 10

# xium<sup>®</sup> — B6

300 mg

*1 gélule par jour*

magnésium  
vitamine B6

87,00DH

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

Deva Pharmaceutique

300 mg  
30 GÉLULES

# Relaxium<sup>®</sup> — B6