

# 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.

## Ordonnance :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

- 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 :

- 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

- Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prendre 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.

S : 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- 0047627

ND: 48 232

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5108 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENSEGHIR AEL Arab  
 Date de naissance : 09/06/55  
 Adresse : Residence Palmier 400 Rte El Tachida  
 Tél : 0662767019 Total des frais engagés : 183460 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2020  
 Nom et prénom du malade : BENSEGHIR AEL Arab Age : 1955  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Nodule Hypophysaire  
 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 : CAH Le : 12/11/2020  
 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
12/11/2020	C2	2500		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

Pharmacie HIND JAKHIM  
Droguerie et Pharmacie  
400, Route El Jadida  
400, CASABLANCA  
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.78

12/11/2020      81,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

Dr. BELMAMANI Khajid  
Spécialiste  
4 Rue Soc. Imagerie Médicale  
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.78

12/11/2020 250 + 60 + 250      1500,-  
12/11/2020 B206      3000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

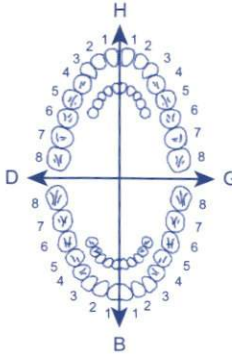
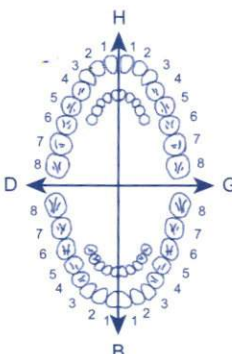
AM      PC      IM      IV

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412 00000000 <b>D</b> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  21433552 00000000 <b>G</b> 00000000 11433553 <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M<sup>r</sup> BEN SE GHIR

A2 EPOB

19 x 6,80

LEVOTHYrox 25

1 cp le matin - o jeune

Pi 12 mois



Casablanca, le : 12/11/2020

Pharmacie MIMOSAS  
Hind YAKHIMI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022.98.88.97-Fax: 022.98.24.76

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGIE  
119, Bd. BIR ANZARANE  
Maârif - CASABLANCA

T: 81,60

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335



Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : [carioujoelle@yahoo.fr](mailto:carioujoelle@yahoo.fr)

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLO

CASABLANCA LE, 12/11/2020

**Reçu N° 201112013**

M ou Mme : **BENSEGHIR AZELARAB**

Examen(s) demandé(s) :

**ECHO THYROIDE**

**CYTOPONCTION**

Soit un montant total de : **1500.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

**MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

*(Stamp and signature area)*  
BELYAMANI Khalid  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tel: 022.39.07.07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I<sup>er</sup>

Oncologie & Diagnostic du Maroc

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytologiste

Diplômée de la Faculté de

Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 12/11/2020

Nom & Prénom : BENSEGHIR AZ-EL-ARAB

N° d'examen : 2011C0039

Date réponse : 16/11/2020

## FACTURE N° 20/7327

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Cytoponction thyroïdienne.	B206	300,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois cents Dirhams

Mode règlement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
My IDRIS I<sup>er</sup>  
86, Bd. My Idriss I<sup>er</sup> (face à l'Ecole  
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher  
Casablanca

# GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

## Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani  
Dr. H. Bengelloun  
Dr. Z. Tazi chaoui

12/11/20

Bensegneur Azelaras

Nodule Amygdalien droit Kystique  
et végétant -

cytoponction ramenant un  
liquide hémorragique

étude cytologique

Dr. B. BELYAMANI Khalid  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tél: 0223 97 07 07



# GRUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

## Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani  
Dr. H. Bengelloun  
Dr. Z. Tazi chaoui

12/11/2020

PATIENT **BENSEGHIR AZELARAB**  
MEDECIN TRAITANT **BELCADI CARIOU JOELLE**

### ECHOGRAPHIE THYROÏDIENNE :

Le lobe gauche ne présente pas d'anomalie.

Le lobe droit présente toujours un macro nodule mesurant 36 x 17 mm.

Ce macro nodule est inchangé par rapport à l'examen du mois de juin 2020.

Une cytoponction est pratiquée ramenant un liquide hémorragique qui a été adressé au laboratoire pour analyse.

DR. BELYAMANI Khalid  
Centre d'imagerie médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tél : 05 22 39 07 07 - Fax : 05 22 39 03 03  
e-mail : grouperadiologique@gmail.com  
Patente : 35806746 - I.F : 01031212 - ICE : 001664840000090 - Attijari W.B : 00372A000112

**DR. K. BELYAMANI**

**Dr. Latifa BADRE**

Anatomocytologiste  
Diplômée de la Faculté de  
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 12/11/2020

N° d'examen : 2011C0039

Date de réponse : 16/11/2020

Nom et Prénom : Mr BENSEGHIR AZ-EL-ARAB

Sexe : M

Médecin traitant : Dr. BELYAMANI

Age : 65 ans

**Nature du prélèvement :** Cytoponction thyroïdienne.

**Renseignements cliniques :** Surveillance du macronodule droit. Comparaison et cytoponction.

**COMPTE RENDU**

Le prélèvement communiqué comporte 2 ml de liquide rougeâtre et une lame étalée. L'examen cytologique après cyto centrifugation et étalement montrent un fond hématique, comportant de la colloïde fluide, modérément abondante. Il est ponctué de quelques lymphocytes et polynucléaires neutrophiles. Présence d'un petit amas de cellules thyroïdiennes aux noyaux réguliers.

**CONCLUSION :** Cytologie thyroïdienne paucicellulaire (catégorie 1 de Bethesda).  
Absence de cellules néoplasiques sur ce prélèvement.

Signé : Dr RAIS Meryem

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
86, Bd. My IDRIS I<sup>er</sup>  
Charles de Foucauld Rés. Al Jawaher  
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 18 29  
1001633133000057

Signé : Dr L. BADRE

DR. BADRE Latifa  
Anatomocytologiste  
86, Bd. Moulay Idriss I<sup>er</sup>  
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 18 29  
1001633133000057