

## 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](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)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-603476

56231

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6576 Société : NAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jabrah Fahim

Date de naissance : 22-07-59

Adresse : Hay Salam Rue Louche des Salons  
Guichet maison

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2021

Nom et prénom du malade : Jabrah Fahim

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ☐ ALD ☐ ALC

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

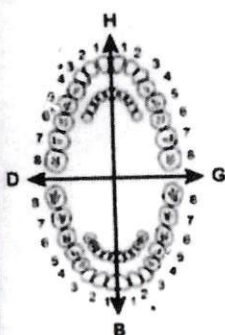
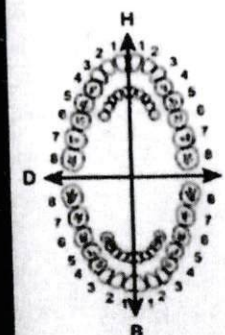


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/11/2020				
18/01/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/1/21	2980
	19/01/21	4460

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/12/2020	66	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	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"/>												
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25539412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35933411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25539412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35933411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25539412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35933411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			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



# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique

Casablanca le, 18/01/2021

Mme JABRAK Fatima

10.40x4  
Metformine Win 500 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

1040x2  
2080

41,60  
Grande Pharmacie Normale  
SOPHAZ Sarl  
39, Bd Mohammed V  
Casablanca, Tél: 0522 26 54 75

Gde. Pharmacie de Paris  
Mme. EL FATIMI BENNIS N.  
60, Rue Allal Ben Abdellah - Casa  
Tél.: 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,  
2ème Etage, Appt. N° 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
LOT : 20E015  
PER: 05 2023  
P.P.V : 10DH40  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
LOT : 20E014  
PER: 05 2023  
P.P.V : 10DH40  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
LOT : 20E015  
PER: 05 2023  
P.P.V : 10DH40  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
LOT : 20E015  
PER: 05 2023  
P.P.V : 10DH40  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
LOT : 20E015  
PER: 05 2023  
P.P.V : 10DH40  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
LOT : 20E015  
PER: 05 2023  
P.P.V : 10DH40  
6 118000 062127

# **Docteur Otman TAZI**

**Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service**

**d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques**

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 03/12/2020

**Mme JABRAK Fatima**

Echographie thyroïdienne : nodule thyroïdien droit.

05 22 86 41 90 / 05 22 86 56 34  
05 22 86 41 90 / 05 22 86 56 34  
05 22 86 41 90 / 05 22 86 56 34  
400, Bd Brahim Roudani - Maarif  
20.100 - Casablanca  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
ROUDANI

**Docteur Otman TAZI**  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,  
2ème Etage, Appt. N° 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
 Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
 Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 07/12/2020

FACTURE N° : FA:00 10758/20  
Nom : JABRAK FATIMA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 600,00 Dhs

SIX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE. 600,00 Dhs

Total de : 600,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324





# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 07/12/2020

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalise(s)

JABRAK FATIMA  
DR TAZI OTMAN  
ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE.

## COMPTE RENDU

**RC :** nodule thyroidien droit.

### Résultat :

La thyroïde est de volume normal, mesurant :

- Lobe droit : L= 44 mm, l= 15 mm, ép= 13 mm.
- Lobe gauche : L= 48 mm, l= 17 mm, ép= 11 mm.
- Isthme : 2, 6 mm d'épaisseur

Son poids est estimé à 8, 77 g environ.

La glande apparaît de contours réguliers, d'échogénicité conservée, avec un parenchyme finement hétérogène.

Présence en lobaire inférieur droit d'un petit nodule ovalaire, à limites plus ou moins bien définies, isoéchogène, siège de zones kystisées et de granulations colloïdes, mesurant 6, 6 x 5 x 4 mm (vol 0, 07 cm<sup>3</sup>), avec une vascularisation à prédominance périphérique au doppler couleur : Eu-TIRADS 3.

Absence d'autre nodule circonscrit individualisable.

Absence d'hypervascularisation du parenchyme thyroïdien au doppler couleur.

Absence d'adénomégalie cervicale.

### Au total :

Thyroïde de volume normal, d'échogénicité conservée, finement hétérogène, non hypervasculaire, siège d'un petit nodule unique lobaire inférieur droit classé Eu-TIRADS 3. A confronter au reste du bilan.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Y. TAHIRI ZIATI

"Dans le contexte épidémique COVID 19, nous vous informons du respect des recommandations sanitaires relatives aux mesures barrières et au bio-nettoyage des machines et des locaux au sein du CRR."