

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Maladie :

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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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 - 8ème 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0027816

56483

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1187 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDALLAH LAHCEN

Date de naissance : 17/02/52

Adresse : 240 APT 01 EL WAFI MOHAMMEDIA

Tél. : 06 48 20 19 81 Total des frais engagés : 849

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2020

Nom et prénom du malade : Mr Ben Abdallah Lahcen Age : 17/02/52

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

Nature de la maladie : HTA et Diabète

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 : / /

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 règlement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	---

16/01/2020

*[Signature]*

*[Stamp: D. HADJOU, 13 MINIPATRIE, 110 Bd Cherifia, Casablanca]*

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/10/20

319,00

*[Stamp: PHARMACIE DES ESCALIERES, 242 Bd Wafa - Mohammed VI, Tel: 0523 30 12 26/Fax: 0523 30 22 53]*

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

16/10/2020

Echo Cervicale

400,00

*[Stamp: RADIOLOGIE ANATOMIQUE, 111 Bd Anoual, Casablanca]*

## 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 :

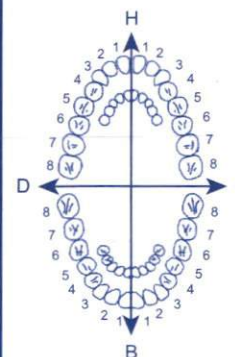
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

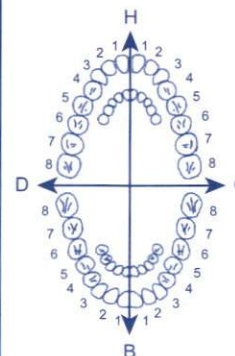
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

الدكتور رشاد دريس  
الطب العام

خريج جامعة الحسن الثاني كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء  
أمراض السكري  
دبلوم جامعي مونبلي بفرنسا  
التغذية و الحمية الطبية

دبلوم جامعي كلية الطب بفاس  
طبيب سابقا بمستشفى بروكسيل ببلجيكا  
عضو في الهيئة الفرنسية لداء السكر

Casablanca, le : 1609 6060 : الدار البيضاء، في :

Dr Benabillah Lehen.

**SERKHOED DRUSS**  
**OMNIPRATICIEN**  
Diabete Nutrition  
110 rue de la Chapelle N°115  
M. SERKHOED DRUSS  
M. OMNIPRATICIEN  
Nutrition  
249 Ave Chateaubriand N°115  
Ave Sabon Casablanca  
Tel : 06-78 808 833 / 06-78 808 198

11 *[Handwritten signature]* 12 *[Handwritten signature]*

LOT:190138  
PER:02-2021  
PPV:79,00DH

LOT: 222  
PER: DEC 2022  
PPV: 80 DH 00

LOT: 215  
PER: SEP 2022  
REV: 80 DH 00

PHARMACIE DES FICHAUX  
242, Lot Wafa - Mohammedia  
Tél : 0523 30 12 25 / Fax : 0523 30 12 26

110, شارع الشفاؤني، Km 11.5 - Ain Sbbaa - Casablanca Tél.: 05 22 66 26 33 - Gsm : 06 61 19 61 52



**Docteur ROCHD Driss**  
**Omnipraticien**

Lauréat l'Université Hassan II Faculté Médecine  
Et de pharmacie de Casablanca

**DIABETOLOGIE**

Dimpôme Universitaire de la Faculté de Médecin  
De Montpellier France

**NUTRITION DIETETIQUE MEDICALE**

Diplôme Universitaire de la Faculté de Médecin de Fès

Ex. Médecin des Hôpitaux de Bruxelles en Belgique  
Membre de la Société Française de Diabétologie S.F.D

**الدكتور رشيد ادريس**  
**الطب العام**

خريج جامعة الحسن الثاني كلية الطب  
و الصيدلة بالدار البيضاء

أمراض السكري

دبلوم جامعي مونبلي بفرنسا

التغذية و الحماية الطبية

دبلوم جامعي كلية الطب بفاس

طبيب سابقا بمستشفى بروكسيل بلجيكا

عضو في الهيئة الفرنسية لداء السكر

Casablanca, le : ..... 16.05.2020 ..... : الدار البيضاء, في

*Dr Benabdellah. Lahcen*

*Amesectin syndrome*  
*gauche*  
*Echographie Cervicale*



*Dr. ROCHD DRISS*  
*OMNIPRATICIEN*  
*Diabète - Nutrition*  
*110 Bd Chefchaouni, Km 11.5*  
*Ain Sbaa - Casablanca*  
*Tél. 0522 662 66 33 - 06 61 19 61 52*

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch  
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 17 Octobre 2020

DR. D. ROCHD

MR. BENABDALLAH LAHCEN

## COMPTE RENDU

### ECHOGRAPHIE CERVICALE

- Glande sub mandibulaire et parotidienne, de taille et d'échostructure homogène.
- Absence d'adénopathie cervicale.
- Micronodules kystiques au niveau des deux lobes thyroïdiens, de taille infracentimétrique, dont un spongiforme droit, mesurant 7,7 x 5,2mm.

### Conclusion :

- Micronodules kystiques thyroïdiens classés TIRADS 2.
- Absence d'autre anomalie notable par ailleurs.

