

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008765

57640

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9815 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MRS EL GHOMARI MALIKA

Date de naissance : 18-05-1955

Adresse : 8, Rue Bami Malek Aviation RABAT

Tél. : 06 39 56 18 82 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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.

Age :

Enfant

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-08765

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-604816

En cours

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 2815		ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MRS. EL GHOMARI MALIKA		Date de naissance : 18 - 05 - 1955	
Adresse : 8 Rue Bani MALEK AVIATION Rabat		Tél. 0537 65 04 39 Total des frais engagés : ..... Dhs 06 39 56 18 82	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Hind TEMSAMANI Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale 32, Rue Abou Ben Abdellah - Rabat Tel. : 0537 67 18 13 GSM : 0669 64 15			
Date de consultation : 13/03/2021			
Nom et prénom du malade : EL GHOMARI Malika Age: 66			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection ORL			
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			
Fait à : Rabat le 25/01/2021 Signature de l'adhérent(e) :			

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 : Rabat le 25/01/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/01/2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEDTA Mme SEDTA Naima Sidiounah, Face Cinema Zahwa Tel: 05 37 75 35 39 15	13/01/21	111,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOPHYSIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CABINET DE L'ANALYSE RADIOPHYSIQUE Dr. SBIHINI Dr. BENJELLOUN Dr. KABBAG</i>	01/01/2021	<i>Etude Générale</i>	600 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G																
B	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialiste en otorhinolaryngologie et chirurgie cervicofaciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises.

Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales.

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplômée en médecine aéronautique (PERCY)

Explorations fonctionnelles en ORL : vertiges et troubles de l'équilibre, vidéo-nystagmographie, troubles de l'audition, troubles et tests de déglutition, vidéo-endoscopie

د هند التمساني

أخصائية أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه والعنق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال دو كراس)

طبيبة من رتبة رائد سابقا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقا في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس

خبيرة في طب الطيران (مستشفى بيرسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف و الأذن و الحنجرة: الدوخة و

اضطرابات التوازن، تقييم الدوخة عن طريق تسجيل حركة العين

ضعف السمع، اضطرابات البلع، التظير الطبيعي

Rabat le : 13/01/2021

MME EL GHOMARI MALIKA

28/01/2021 • Spectrum 500 mg

1 comprimé, matin, soir, pendant 5 jour(s)

28/01/2021 • Otofa 200 000 ui

2 gouttes, matin, midi, soir pendant 8 jours

28/01/2021  
M150  
PHARMACIE SOUSSI  
Mme SEBTT Naima  
Rue Mediounah, Face Cinema Zahwa  
Rabat - Tel.: 05 37 75 39 39

Dr. Hind TEMSAMANI  
Spécialiste en Oro-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat  
tel.: 0537 67 16 13 - GSM : 0659 84 15 7

28/01/2021  
M150

# CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal  
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07  
Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976  
ICE 001615064000010  
Rabat - Agdal

## FACTURE

Numero:A00677  
Rabat 14/01/2021

Nom patient	Date examens
EL GHOMARI MALIKA	14/01/2021

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
ECHO CERVICALE	600,00
<b>TOTAL</b>	<b>600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
SIX CENTS DIRHAMS

*CABINET DE RADIOLOGIE  
DE L'AGDAL  
Dr. SBIHI - Dr. DINIA  
Dr. BENJELLOUN  
Dr. KABBAJ*

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialiste en otorhinolaryngologie et chirurgie cervicofaciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises.

Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales.

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplômée en médecine aéronautique (PERCY)

Explorations fonctionnelles en ORL : vertiges et troubles de l'équilibre, vidéo-nystagmographie, troubles de l'audition, troubles et tests de déglutition, vidéo-endoscopie

د هند التمساني

أخصائية للأذامراض و الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه والعنق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال كراسدو)

طبيبة من رتبة رائد سابقا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقا في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس

خبيرة في طب الطيران (مستشفى بيرسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف و الأنف و الحنجرة: الدوخة و

اضطرابات التوازن, تقييم الدوخة عن طريق تسجيل حركة العين

ضعف السمع, اضطرابات البلع, التنظير الطبي

Rabat, le 13/01/21 :

ORDONNACE Mme. Malika EL GHOMARI :

Faire SVP :

ECHOGRAPHIE CERVICALE

DC : patiente de 65 ans présentant une thyroïde palpable aux dépens du lobe gauche.

Une échographie est souhaitable.

MERCI

Dr. Hind TEMSAMANI  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat  
Tél: 0537 67 16 13 - GSM: 0659 64 15 7

CABINET DE RADIOLOGIE  
DE L'AGDAL DR. DINIA  
DR. SBIHI DR. BENJELLOUN  
DR. BENJELLOUN DR. KABB AJ

32, rue Abou Derr - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 16 13 / 06 59 64 15 70

# CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leila SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 14/01/2021

Mme EL GHOMARI Malika (née le 18/05/1955)

Examen demandé par : Dr H. TEMSAMANI

## ECHOGRAPHIE THYROÏDIENNE

Renseignements cliniques : *thyroïde palpable aux dépens du lobe gauche*

- La glande thyroïde mesure :

- lobe droit =  $53 \times 17 \times 17$  mm (7,5 ml) ;
- lobe gauche =  $52 \times 20 \times 20$  mm (10,5 ml) ;
- isthme = 2,6 mm d'épaisseur.

Elle présente des contours légèrement déformés à gauche par un nodule médiolobaire gauche mesurant  $27 \times 17 \times 15$  mm, isoéchogène hétérogène comportant quelques plages modérément hypoéchogènes, une zone kystique et une macrocalcification et présentant des contours réguliers, entouré par un fin halo hypoéchogène, présentant une vascularisation essentiellement périnodulaire, EU-TIRADS 4.

À noter un petit nodule spongiforme polaire supérieur droit de 3 mm EU-TIRADS 2.

- Les plans musculaires antérieurs et postérieurs sont respectés.
- Absence d'anomalie de la peau et de la graisse sous-cutanée.
- Ganglion jugulaire moyen gauche (chaîne III) oblongue, mesurant **3 mm de petit axe**, 9 mm de largeur et 24 mm de hauteur, d'échostructure discrètement hétérogène (rappelant celle du nodule) sans hile graisseux.

**AU TOTAL : Nodule basi lobaire gauche de 27 mm EU-TIRADS 4.**

*Petit ganglion III homolatéral de nature indéterminée.*

*A confronter aux données cytologiques.*

*CABINET DE RADIOLOGIE  
DE L'AGDAL  
Dr Sarrah SEDRATI  
Tél.: 05 37 67 49 49*

LS