

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-584444

6 5692 CA

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 11111 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MOUKI Younes

Date de naissance : 12/09/71

Adresse : 58 RIAS SAIFI LIXASRIR CASA

Tél. : 06 44 25 63 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Docteur SEMMAMI Mouna OMNIPRACTICE

Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imm 300.
N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casa
Tél : 05 22 97 26 91

02 AVR. 2021

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 MARS 2021

Nom et prénom du malade : Mme AURKIM Samati Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection OHL + Asphénine

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-584444

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 :

RELEVE 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
4 MARS 2021	CA		150,00	INP : 091165180 Docteur SEMMAM OMNIPRATICIENNE Sakba - G. Sidi Lamia 300 Sidi Maâoul. Casablanca 36 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 140,-	1/3/21	140,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. DANILO KHAN Spécialiste en Médecine Imagerie Médicale Tél.: 05 22 58 10 08 Zob. 1	03.03.2018	Cette certificale	400.00 D.12

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000 35533411	G	<input type="text"/>
	D	21433552 00000000 11433553	B	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr Mouna SEMMAMI

Diplômée en expertise médicale
et réparation du dommage corporel
Diététique Médicale et Nutrition
Dermatologie interventionnelle

Médecine Générale

الدكتورة منى السمامي

مجازة في الخبرة الطبية

و إجبار الضرر

التربية الغذائية و الحمية

التدخل الجلدي

الطب العام

Casablanca, le **04 MARS 2021**, الدار البيضاء، في

نسمة Auhkim Samah:

110.00

١/ Acetanaz 2 doses l'antine le soir

٢/ Non dol 400

1x2x15 (60)

30 —

140.00

LOT: GA00611
PER: 06/2022
PPV: 110 DH 00

PPV:
LOT:
PER:

30.00



Docteur SEMMAMI Mouna
OMNIPRACTICIENNE
Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imm 300
N° 4, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 97 26 91



إقامة المستشفى: GH 34 . عمارة 300 . رقم 1 . شارع القدس . سيدى معروف . الدار البيضاء
Résidence Al Moustakbal, GH 34, Imm. 300, N° 1, Bd. Al Qods, - Sidi Maârouf - Casablanca

☎ 05 22 97 26 91



091165589

Dr Mouna SEMMAMI

الدكتورة منى السماوي

Diplômée en expertise médicale
et réparation du dommage corporel
Diététique Médicale et Nutrition
Dermatologie interventionnelle

Médecine Générale

مجازة في الخبرة الطبيعية
وإجبار الضرر
التربية الغذائية والحمية
التدخل الجلدي

الطب العام

Casablanca, le 04 MARS 2021 الدار البيضاء، في

June Anh Kim Samah:

Echopraxie Cervicale

~~RADIOLOGIE
ELMOUS ARBAL
TEL. 0522 58 10 16~~

Docteur SEMMAMI Mounia
CHIRURGIE PRATIQUE ENNE
Ris Al Mustakbal - GH 34 Impr 300
N° 1, Bd Al Qods , Sidi Maârouf Casa
Tel : 05 22 97 26 91



إمامه المستقبل GH 34 . عمارة 300 . رقم 1 . شارع القدس . سيدى معروف . الدار البيضاء
Résidence Al Moustakhal , GH 34 Imm 300 N° 1 Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casablanca



 05 22 97 26 91

091165589

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 05/03/2021

FACTURE N° 8161/2021

NOM & PRENOM : AUHKIM SAMAHE

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE CERVICALE	quatre cents (400 DH)
TOTAL	400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents (400 DH) DHTTC

RADIOLOGIE
~~EL MOUSTAKBAL~~
 Tel : 05 22 58 10 16

INFORMATIONS DU CENTRE

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
 INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد
ختصاري في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 05/03/2021

PATIENT : AUHKIM SAMAHE
MEDECIN TRAITANT : DR MOUNA SEMMAMI
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE CERVICALE

Compte Rendu d'Examen

Hypertrophie modérée de la glande thyroïde

Lobe droit : 54 × 19 × 15 mm / 8,4 ml

Lobe gauche : 59 × 15 × 15 mm/ 7,2 ml

Isthme : 2 mm d'épaisseur

Présence de petits nodules bilatéraux :

À droite présence d'un nodule médio lobaire solido- kystique mesurant 7 × 5 mm avec une composante tissulaire isoéchogène. Ce nodule est classé EU-TIRADS 3.

Présence d'autres formations kystiques millimétriques et infra millimétriques éparses

Un nodule spongiforme polaire inférieur de 4 mm EU-TIRADS 2.

À gauche présence de multiples formations micronodulaires kystisées parsemées au niveau de l'ensemble du parenchyme prédominant au niveau polaire inférieur EU-TIRADS 2.

Doppler du parenchyme thyroïdien normal

Absence d'adénopathie cervicale

Glandes parotides et sub mandibulaires ont un aspect normal

Conclusion :

Petit goître nodulaire / nodule médio lobaire droit solido-kystique EU-TIRADS 3, le reste des nodules sont micronodulaires EU-TIRADS 2.

Contrôle échographique dans 6 mois

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16