

# 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



**MUPRAS**

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

## Declaration de Maladie

N° W19-532537

65415

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) :

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel :

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

Age :

☐ Enfant

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.

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 ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-532537

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 :



# 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
22/04/21	Contrôle			INP: 1071037477 Dr. BOUKANTAR-TRINOMME Z. Chirurgie O.R.L. - Maxillo-Faciale 55, Bd. 7 - 91120 PALAISEAU 2019

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24.02.21	Echocervic	2400,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

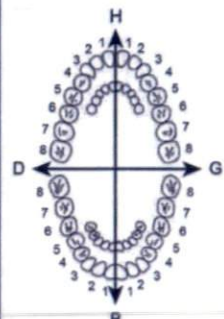
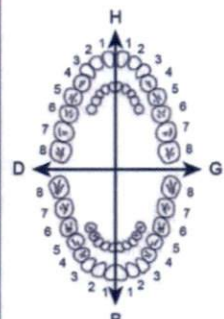
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] 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. BOUKANTAR - HAJOUANE Zakya

SPECIALISTE

O.R.L. (Oreilles.- Nez - Gorge)

Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale (Tête, Face et Cou)

Diplômée de l'Université de BORDEAUX

55, Bd. Zerktouni Résidence TAIEB

Bâtiment A - 2<sup>ème</sup> Étage Appt. n° 3

MARRAKECH

Tél. : B. 05 24 43 46 28

بوقنطار حجوان زكية

اختصاصية

في أمراض الأنف - الحنجرة - الأذن

وجراحة العنق - الفكين والوجه

خريجة جامع بوزدو

55، شارع الزرقطوني إقامة طيب

الطابق الثاني شقة رقم 3 - مراكش

الهاتف ع. 05 24 43 46 28

Marrakech, le

23/2/2021

Rizi Saïag

Stent et endovascular

Rx: Echographie Cervico.

Dr. BOUKANTAR-Hajouane Z.  
O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale  
55, Bd. Zerktouni Résidence TAIEB Bât. A  
2ème étage Appt. 3 - MARRAKECH  
Tél. : 05 24 43 46 28



CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Oncologie Médicale - Hematologie - Radiothérapie  
Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur  
Centre de Médecine Nucléaire Pet et Scanner - Gamma Caméra  
Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

INPE : 071165690

المصحة المختصة المنارة

الأنكولوجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم  
وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية  
مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني  
مركز الأشعة



070061379

FACTURE

N° de l'admission : 21005014 N° Facture 21003057 Date facturation : 24/02/2021  
Nom et prénom du patient : SANAA ZIZI  
Convention : PAYANT  
Traitement : Examen radiologie Entrée: 24/02/2021 Sortie: 24/02/2021

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
ECHO CERVICALE	1.00	400.00	400.00
		sous-total	400.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

total : 400.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 145450212112955069000955

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA  
Oncologie Médicale, Radiothérapie, Radiologie  
Albek 19, Quartier de l'hôpital - Guéliz Marrakech  
NPE : 070061379 - ICE : 001548437000074  
IF : 40434684 - Tél : 05 24 44 71 74  
Fax : 05 24 44 70 21

## CENTRE DE RADIOLOGIE MÉNARA

RADIOLOGIE NUMÉRISÉE • ECHO DOPPLER • ECHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE  
MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE • OSTÉODENSITOMÉTRIE  
SCANNER MULTIBARETTES • IRM HAUT CHAMP 1,5T  
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

## مركز التشخيص بالأشعة المنارة

التشخيص الرقمي بالأشعة السينية • التشخيص فوق الصوتي و الدوبلر  
تتبع الحمل بالبديدات فوق الصوتية • فحص الثدي الرقمي  
قياس كثافة العظام • الفحص بالسكانيسر  
الفحص بالرنين المغناطيسي • التدخل الموجه بالأشعة

23 Février 2021

Marrakech, le : .....

### الدكتور عمر الصديقي

اختصاصي في التشخيص بالأشعة  
خريج كليتي الطب بالدار البيضاء و نانسي  
أستاذ سابق بكليتي الطب بالدار البيضاء و مراكش

Nom et prénom: Mme ZIZI SANAA

## ECHOGRAPHIE CERVICALE

### الدكتور أحمد أسحل

اختصاصي في التشخيص بالأشعة  
خريج كليتي الطب بالدار البيضاء و نانسي  
أستاذ سابق بكليتي الطب بالدار البيضاء و مراكش

Glande thyroïde de taille normale mesurant :

Lobe droit: 17x18x46mm

Lobe gauche : 15x17x47mm

Isthme : 4.8mm

Lobe droit :

Présence de quelques nodules lobaires inférieurs, ovalaires bien limités hypoéchogène siège de ponctuations hyperéchogènes, taille variable dont les plus gros, mesurant 6.5 x 4.4 mm et 10 x 6.8 mm. Ils sont vascularisés en périphérie au Doppler. Eu-Tirads 4.

Lobe gauche isthme d'échostructure homogène.

Glandes parotides de morphologie normale siège de ganglions intraparotidiens.

Glandes sous maxillaires de taille normale et homogènes.

Présence d'adénopathies latérocervicales gauches, sous angulomandibulaire, hypoéchogène vascularisée, mesurant 18 x 10 mm. Jugulaire interne hypoéchogène discrètement hétérogène d'allure thyromimétique, mesurant environ 6 mm de diamètre et sus-claviculaire nécrosées dont la plus grosse mesure 20 x 10 mm.

**Au Total :**

Nodules thyroïdiens lobaires inférieurs droits, de taille variable dont le plus gros est de taille centimétrique, classés EuTirads 4.

Multiples adénopathies latérocervicales gauches sous-angulo-mandibulaires, jugulaires internes et sus-claviculaire hypoéchogènes dont certaines sont nécrosées (sus-claviculaires). À compléter par un bilan étiologique y compris éventuellement cytoponction d'un ou deux nodules associés à une cytoponction d'un ganglion jugulaire interne d'allure thyromimétique

### Professeur Omar ESSADKI

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat des Facultés de Médecine de Casablanca et Nancy  
Ex-enseignant de Radiologie aux Facultés de Médecine de Casablanca et de Marrakech

### Professeur Ahmed OUSEHAL

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat des Facultés de Médecine de Casablanca et Nancy  
Ex-enseignant de Radiologie aux Facultés de Médecine de Casablanca et de Marrakech

### Docteur Mohamed Chakib BENFDIL

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Radiologue du CHU Med VI

Dr. Omar ESSADKI  
Professeur de Radiologie  
Albek 19, Quartier de l'hôpital  
Guéliz - Marrakech  
Tél : 05 24 45 75 83

19 البك حي المستشفى جليز (قرب مندوبية الصحة) - مراكش

19, Albek Quartier de l'hôpital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech

الفاكس : 05 24 44 70 21 - الهاتف : 05 24 45 75 83