

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
Prévoyance
Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-532529

65414

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 1765 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : SADDI, Noureddine

Date de naissance : 8.4.52

Adresse : Res. Al Qantara, Atlas 1/2, Av. Mehdi Ben Barkat, Maroc

Tél. : 0661378164 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/21

Nom et prénom du malade : Zizi Benou

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : MARRAKECH Le : 08/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-532529

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 : _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

* 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT 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. 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	<input type="text"/>					
H																								
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D	G																							
00000000	00000000																							
35533411	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"/>																			

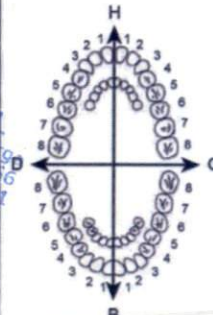
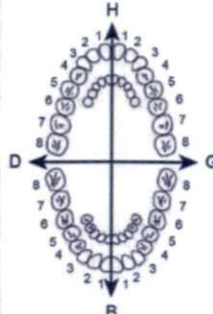
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table><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	<input type="text"/>					
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	35533411	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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
08/03 2021	CPA	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
08/03 2021	28/03		400

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	TV	

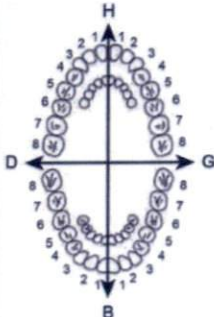
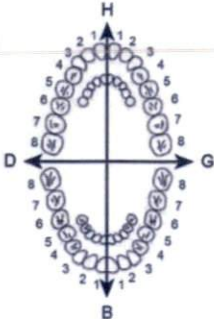
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Il est recommandé 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"/>														
				COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
		G

1

12 | 21433552

1

00

00	00000000
0.0	0.0000000

1

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة توبقال

CLINIQUE TOUBKAL

Marrakech, LE 08/03/2021

FACTURE N°036/2021

CHIRURGIE GENERALE
ET SPECIALISEE

O.R.L

MATERNITE

REANIMATION

ECHOGRAPHIE

SCANNER

RADIOLOGIE NUMERISEE

Au nom DU Mme .ZIZI SANAA

ECHOGRAPHIE CERVICALE : 400.00 DH

**Arrêtée la présente somme de : QUATRE
CENT DIRHAMS**

539, Lotissement
Masmoudi Route de
Targa - Marrakech
Tél. : 05 24 49 30 40
Fax : 05 24 49 30 41
GSM: 06 61 23 95 75
06 70 70 06 55

E-mail :
toubkalclinic@hotmail.fr

ICE : 001599596000061

Clinique TOUBKAL

539, Lot. Masmoudi Route de Targa
Marrakech - Tél : 05 24 49 66 66
05 24 42 30 40 - Fax : 05 24 49 30 41
I.F : 40430551 - CNSS : 8805189
Pte : 67260666 - INSEE : 270011148
ICE : 001599596000061

Dr. BOUKANTAR Majouane Z.
O R L
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
Bd. Zerkouni Rés. EL EB Bat. A
1^{ème} étage Appt. 3- MAIRAKECH
Tel. : 05 24 43 46 88



Nom et Prénom : MME ZIZI SANAA
Date d'examen : 8/03/2021
Type d'examen : ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE
Médecin prescripteur : DR BOUKANTAR

COMPTE - RENDU

Indication :

Bilan dans le cadre d'un goitre

Technique :

Exploration par sonde 10 MHZ

Résultat :

Hypertrophie modérée du lobe droit de la glande thyroïde. Ses dimensions sont :

Lobe droit : 17.3x22.9x54mm.

Isthme : 4mm d'épaisseur.

Lobe gauche : 15x20.5x48.2mm.

Sur le plan échostructural ; sur le lobe droit renferme deux formations nodulaires hypoéchogènes avec des piquetés hyperéchogènes mesurant respectivement 10x6.7 mm et 6.4x4.4 mm, classées EU-TIRADS4.

Au pôle inférieur du lobe gauche, il existe une formation nodulaire d'échostructure similaire aux deux autres nodules découverts au lobe droit, mesurant 6.2x3.7 mm, classée EU-TIRADS4.

Echostructure homogène de l'isthme.

Intégrité des glandes salivaires.

Présence par ailleurs de deux ganglions ovalaires et bien limités, d'échostructure hypoéchogène et hétérogène, jugulo-carotidiens moyens gauches, mesurant 17.8x6.6 mm et 17.2x8.1 mm.

Trois autres ganglions arrondis très hypoéchogènes sont notés au creux sus-claviculaire gauche, mesurant 11x10 mm, 9.4x5.8 mm et 8.1x6.7 mm.

Conclusion :

Goitre modéré multinodulaire associé à des adénopathies latéro-cervicales gauches.

Clinique TOUBKAL
539, Lotissement Masmoudi - Targa - Marrakech
Marrakech - Tél : 05 24 49 30 40 - Fax : 05 24 49 30 41
GSM : 06 61 23 95 75 / 06 70 70 06 55 - Email : toubkalclinic@hotmail.fr
I.F. : 40430551 - CNSS : 8809389 - ICE : 001599596000061
Pte : 67360666

DI BERRADA Youssef
Médecin Colonne en Retraite
Professeur Assistant CHU de Rabat
Spécialiste des Maladies des Artères
de France en 1994, Médaille

NOTE CONFIDENTIELLE DE MEDECIN TRAITANT

- 1) Date de la consultation

--	--	--	--	--	--	--
- 2) Renseignements Clinique Sommaire :
- 3) Traitement envisagé et actes à la cotation indiquée sur la notice réf.
*Consultation pré-anesthésique
par l'anesthésiste*
- 4) Durée prévisible du traitement

A Marrakech Le 08/04/2021

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Le Médecin Professeur Mohamed ZOUBIR
Professeur Agrégé du Val de Grace (Paris-France)
Chaire d'Anesthésie - Réanimation
Diplômé de la Prise en Charge de la Douleur
Ancien Chef des Services Urgences et de la Réanimation
Chirurgicale de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech



Nom et Prénom : MME ZIZI SANAA
Date d'examen : 8/03/2021
Type d'examen : ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE
Médecin prescripteur : DR BOUKANTAR

COMPTE - RENDU

Indication :

Bilan dans le cadre d'un goitre

Technique :

Exploration par sonde 10 MHZ

Résultat :

Hypertrophie modérée du lobe droit de la glande thyroïde. Ses dimensions sont :

Lobe droit : 17.3x22.9x54mm.

Isthme : 4mm d'épaisseur.

Lobe gauche : 15x20.5x48.2mm.

Sur le plan échostructural ; sur le lobe droit renferme deux formations nodulaires hypoéchogènes avec des piquetés hyperéchogènes mesurant respectivement 10x6.7 mm et 6.4x4.4 mm, classées EU-TIRADS4.

Au pôle inférieur du lobe gauche, il existe une formation nodulaire d'échostructure similaire aux deux autres nodules découverts au lobe droit, mesurant 6.2x3.7 mm, classée EU-TIRADS4.

Echostructure homogène de l'isthme.

Intégrité des glandes salivaires.

Présence par ailleurs de deux ganglions ovalaires et bien limités, d'échostructure hypoéchogène et hétérogène, jugulo-carotidiens moyens gauches, mesurant 17.8x6.6 mm et 17.2x8.1 mm.

Trois autres ganglions arrondis très hypoéchogènes sont notés au creux sus-claviculaire gauche, mesurant 11x10 mm, 11x8 mm et 8.1x6.7 mm.

Conclusion :

Goitre modéré multinodulaire associé à des adénopathies latérales gauches.

CLINIQUE TOUBKAL
539, Lotissement Masmoudi - Targa - Marrakech
Marrakech - Tel : 05 24 49 30 40 - Fax : 05 24 49 30 41
I.F. : 40430551 - CNSS : 8809389 - 277m 1118
Pte : 67360666 - ICE : 001599596000061

DR BERRADA Youssef
Médecin Colonne en Retraite
Professeur assistant CHU de Rabat
Spécialiste des Maladies des Armées
Al-Himach - En 2018, Médaille

Norm: Zizi Sanaa

8/3/2021 10:45:08

P/PR: 104/170 ms
QRS: 104 ms
QT/QTc: 456/444 ms
P/QRS/T Axe: 45/48/19 deg
Fréquence cardiaque: 57 BPM

avertissement: artefact survenu lors (d'une partie) de l'enregistrement - utiliser l'interprétation avec précaution
avertissement: âge non communiqué - supposé 35 ans
avertissement: sexe non communiqué - supposé homme
rythme sinusal (lent)
normal

Rapport non confirmé

↓ aVR

↓ V1

↓ V4

↓ aVL

↓ V2

↓ V5

↓ aVF

↓ V3

↓ V6

ID:
DN:
Sex:

I

II

III

II



25 mm/s