

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0015919

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6089 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 69597  
Nom & Prénom : THYFA Kamal  
Date de naissance : 01.01.58  
Adresse : 97, Bd Moulay Idriss 1<sup>er</sup> Casablanca  
Tél : 06.81.13.89.89 Total des frais engagés : 938,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Iham DHAH  
Av. 2 Mars 3 Rue Abou el Khatibi  
Casablanca - Tél : 05 22 20 34 52  
Date de consultation : 26/04/2021  
Nom et prénom du malade : BEUNAWI NETAT  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affc - ORC - Mycoses  
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 : 26/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
26-04-21		1	15026	
2021				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
60, Boulevard Mohamed VI, Casablanca	26/04/21	283,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
60, Boulevard Mohamed VI, Casablanca	30/04/21	Kyo	500 Dhs

# AUXILIAIRES MEDICAUX

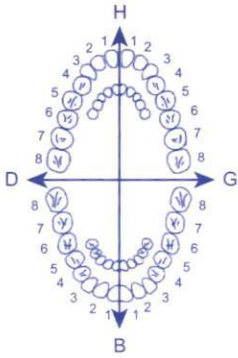
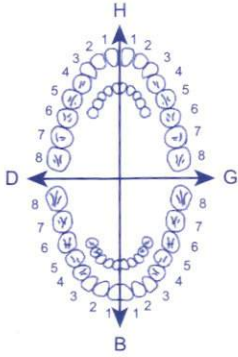
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

## ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إهام شاه  
الطب العام  
الفحص بالصدى

  
 NETHA Fatima-Zhra  
 Ordonnance

Casablanca, le 26.09.2021

69.00  
Noi vov  
ly a ruca - 3 t  
190.8  
~~Xyzatls~~  
2x.8 ly boi  
Aspegi c 100 S  
15.1 15.8  
Noiptan<sup>a</sup> 19 f  
19x9 li  
Phmof - 5  
solu 8670  
N's

LOT: 210 108  
DLUD: 02/2024  
69,00 DH

LOT 202362  
EXP 10 2024  
PPV 90 50

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V :21DH80

15.80

283,8

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage App  
06-61.46.84.49 : المستعجلات Tél : 05-22.83.74.44/05-  
لخطائي شارع 2 مارس الطابق الأول رقم 2 - الدار البيضاء

96170



Docteur Ilham CHAH

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام  
الفحص بالصدى

Mar e BENNAVI NETTAH  
Ordonnance Fatima Zahra

Casablanca, le : 26-04-2011

Echographie cervicale

Docteur Ilham CHAH  
Médecine Générale  
Av. 2 Mars 1 Etage Khattabi  
Casablanca - Tél.: 05 22 28 34 52

# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 L.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 30/04/2021

## FACTURE

Nom & Prénom : **BENNANI NETTAH FATIMA ZAHRA**  
Date d'examen : 30/04/2021

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE CERVICALE	
Montant TOTAL	500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

**RADIOLOGIE MAARIF**  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed Bahi  
Tél : 0522 25 74 82  
Fax : 0522 23 77 05

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-  
Maarif, Casablanca 20100 Tél : 0522257482, 237934 253030. Fax : 0522237705

Casablanca , le 30/04/2021

R/S

**Mme. BENNANI NETTAH FATIMA ZAHRA  
DR CHAH ILHAM**

**ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE :**

- Glande thyroïde de taille normale, de contours réguliers, homogène, normalement vascularisée au doppler couleur, mesurant :  
Lobe thyroïdien droit : 53 x 17 x 16 mm, soit un volume de 7,8 ml.  
Lobe thyroïdien gauche : 44 x 14 x 12 mm, soit un volume de 4 ml.  
L'isthme mesure 2,9 mm d'épaisseur.  
Volume global estimé à 11,8 ml.
- Absence de lésion nodulaire ou kystique décelable au niveau du parenchyme.
- Absence d'adénopathies cervicales de taille significative.
- Glandes sub mandibulaires et parotides d'aspect morphologique normal.

**AU TOTAL :**

- **ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE NE REVELANT PAS D'ANOMALIE.**

*Avec mes amicales salutations.*



**Dr. BENYAHIA Z.**  
RADIOLOGIE MARIÉE  
BEARADAM BENYAHIA Z.  
17, Rue des Bahi  
Tel: 0522.23.74.82  
Fax: 0522.23.77.93



---

**عيادة طبية للفحص بالأشعة**  
**CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF**  
**IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE**

Dr. BENYAHYA Zakaria  
C.E.S. de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed  
C.E.S. de Radiologie

Nom et prénom	BENNANI NETTAH FATIMA ZAHRA
Radiologue	
Modalité	US
Type d'examen	
Date d'examen	30/04/2021