

# 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.

## Pathologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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

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



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

**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0033423

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08884 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN MAAROUF MOHAMED

Date de naissance : 03-08-1965

Adresse : 75, cité la police polo Casablanca

Tél. : 0661 968524 Total des frais engagés : 830,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2021

Nom et prénom du malade : El Hiti Meriem Age : 15 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : 03/08/2021


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
03/06/2021		6	3000 DA	
10/6/2022	ECHO DENTALE		4000 DA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/6/21	2000 DA

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

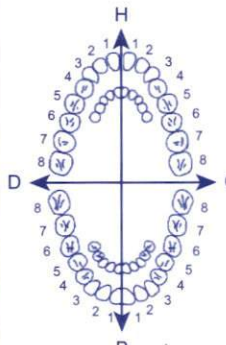
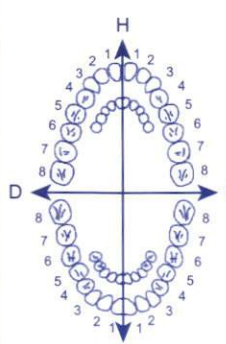
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(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

# Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

10 Juin 2021

الدكتورة جبري ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
للغدة الدرقية

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

**Mme EL HITMI MERIEM**

13,40 x4

1/ Levothyrox 50 uG

1 Matin pendant 4 mois

6,80 x4

2/ Levothyrox 25 uG cp

1 Matin pendant 4 mois

49,60

3/ D CURE Forte

1 amp/mois pd 3 mois

( 3 ampoules)

130,40

صيدلية الدار  
ARMACIE DES DALIAS  
Dr. S. BOUSSEHA BOUHLAL  
492, Bis Bd. Panoramique  
(Montpellier) - Tél.: 05 22 50 66 06

PPV: 69,60 DH  
LOT: 21A04  
EXP: 01/2024

ivables



7862160335

ق. عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث

Résidence SAFFA, lotissement Assakan /

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : d

SV

SV  
SV



7862160336



7862160336



7862160336



7862160335



7862160336



**Docteur JABRI Leila**

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

**الدكتورة جبري ليلى**

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغدة الدرقية

Casablanca, le 10/06/2021 في الدار البيضاء

## FACTURE

A l'attention de Mr, Mme. El Hilmi Meriem

Montant Total de L'Echographie Thyroïdienne est de

400.00 DHS TTC

Arrêter la présente facture a quatre cent dirhams et zéro cts.

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن المانيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Im 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com

Dr. JABRI LEILA  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie  
Maladies Métaboliques  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine de NICE  
Diplômée en Echographie  
Thyroïdienne - Université Paris Descartes  
05 22 50 66 06  
diabeto.jabri@gmail.com

# Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie

Diplômée de la faculté de Médecine de NICE

Echographie Thyroïdienne DIU-Paris Des cartes

Mme EL Hitmi Meriem

Casablanca le 10/06/2021

## ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Indication : Hypothyroïdie

Technique : Samsung HS40, Sonde 3-16MHZ

### Résultat :

Thyroïde de volume réduit, homogène, à contours réguliers et normovascularisée au doppler couleur.

Les mensurations de la glande sont :

Lobe droit mesure 44.6 x 21.8 x 6.2 mm soit 3.14 ml

Lobe gauche mesure 38.5 x 17.4 x 7.1 mm soit 2.48 ml

L'isthme mesure 2.4 mm d'épaisseur

Le lobe gauche est siège d'un microkyste de 2,5 mm polaire supérieur.

Absence de lésions nodulaire au niveau du lobe droit et de l'isthme.

Absence d'adénopathies cervicales de tailles significatives.

Les glandes salivaires sont d'aspect normal.

### Conclusion :

Thyroïde de taille réduite homogène siège d'un microkyste simple polaire supérieur gauche classé EU-TIRADS 2.

**Dr. JABRI LEILA**  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Maladies Métaboliques  
Rue Hassan II - 3ème Etage  
Bd. El Ghods Am Chok - Casablanca  
Tél : 05 22 60 66 08  
INPE : 091166082