

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

Déclaration de Maladie

N° W21-638172

84 259

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2379 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HASSAN FATHIMA
 Date de naissance : 21/31/55
 Adresse : 129, Lot LINA SYMPHAROUF
 Tél. : 0662124553 Total des frais engagés : 840DH + 41,97E Dhs

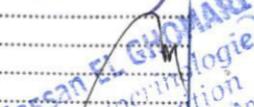
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Hassan EL GHOMARI
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabétologie et Nutrition
 Abdelouman Center Angle Boulevard Anoual
 Date de consultation : 11/10/2019
 Nom et prénom du malade : HAMED FATHIMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète de type 2
 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.

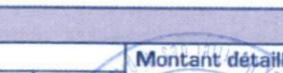
Fait à : CASABLANCA Le : 15/10/21

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
17.06.21	3		300.000	 

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE Imagerie médicale Courbevoie	17/01/21	KCR4001	41,97€

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
	24/06/21					

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 de l'O.D.F.

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب و الصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : : الدار البيضاء في

Mme Houda Fatima

Poie

Echographie Thyroïdienne
Comparative

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
et Abdelmoumen, N° 313 - Casa - Tél : 05 22 86 14 14

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - Tél. : البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

طبيب سابقا بمستشفى سان لوك

مونترéal - كندا

Casablanca, le : 17.06.81 : الدار البيضاء في :

mme Hamid Fatme

+ Gopuuso

1 . 0 . 1 Pol 3 mois

5401
+ Bonde Pette

Bonapynes / Pol 3 mois



Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Bd. Anoual
et Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14 14

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 37 44 / 05 22 86 14 14 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

Facture N° :

FN214945

MM HAMID FATIMA

ESP

Date	CLIENT	PAGE
21/06/21	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NOS SOINS	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U HT	R%	MT HT
06454011200	3	BANDELETTE ACC PERFORMA 50 TEST	20%	150,000		450,00



MT HT	TVA	MT TVA
450,00	20%	90,00

H.T	Mt TVA	Total TTC
450,00	90,00	540,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cin cent quarante DHs



Centre Hospitalier
Rives de Seine
Courbevoie • Neuilly-sur-Seine • Puteaux

IMAGERIE MEDICALE COURBEVOIE

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

PANORAMIQUE DENTAIRE

MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMETRIE

ECHOGRAPHIE - DOPPLER

SCANNER

Secrétariat et RDV : 01.49.04.32.80 - Fax : 01.49.04.32.82

Chef de Service
Dr C. GUEYE

Praticiens Hospitaliers
Dr P. BARKOVSKIJ

Cadres Médico-Techniques : - A. LECLERCQ - V. LEGALL URSULE

Secrétaires : Y. FIHROUN - A. GUINDEIRA - A. JEUDON - K. STRAZEL - I. TAJRI - M. PL. CERDAT

Mme BIARE Fatima

Né(e) le : 02/03/1955

Service prescripteur : Imag Consult Ext CBV

Courbevoie le, 13/07/2021

ECHOGRAPHIE THYROÏDIENNE DU 13/07/2021

Appareil : Echographe LOGIQ E10 mis en service le 18/12/2020
AJ

Indication :

Echographie comparative pour bilan de nodule thyroïdien.

Résultat :

Lobe thyroïdien droit mesuré à 18 x 16 x 41 mm soit un volume de 6,5 ml.

Lobe thyroïdien gauche mesuré à 15 x 13 x 42 mm soit un volume de 4,6 ml.

L'isthme est mesuré à 1,6 mm d'épaisseur.

Au niveau du lobe gauche, présence de deux lésions nodulaires d'allure spongiformes dont la plus grande est localisée à la partie supérieure mesurée à 7,5 mm de grand axe, non vascularisée, sans signe de rigidité à l'élastographie et classée TIRADS 2.

Un nodule de même nature au niveau de la partie inférieure du lobe gauche ainsi qu'un petit kyste coracoïde à proximité.

Au niveau lobe droit, présence d'un petit micronodule de 3 mm dans la partie supérieure.

Pas d'anomalie au doppler couleur.

Pas d'hypervascularité décelée.

Absence de masse, de collection ou d'adénopathie cervicale.

Respect de glandes salivaires sous-mandibulaires.

Conclusion :

Présence de nodules TIRADS 2.

Le reste de l'examen est sans particularité.

Docteur BARKOVSKIJ Peter

Compte-rendu validé électroniquement par le médecin

CENTRE HOSPITALIER
RIVES DE SEINE
Imagerie Médicale Courbevoie

QUITTANCE

Etablissement : CH RIVES DE SEINE COURBEVOIE
N° FINESS siège : 920000569

GESTIONNAIRE : JEANCOUTEMaryse

QUITTANCE : 208214
REGIE : 01
CAISSE : 01
DOSSIER : 053560069
N° IMMATRICULATION :
PATIENT : BIARE FATIMA

BIARE FATIMA
129 LOT LINA SIDI MAAROUF
99350 MAROC CASABLANCA

PRESTATION	DATE	L-Clé Ou	COEFF Ou	NB Ou	P.U.	BR AMO	Montant - AMO	BR TM	% - TM	Montant Réglé
Acte d echo	130721	ADE	1	0	34,97	34,97	0,00	34,97	100%	34,97
Type de parcours : Accès hors parcours										
majo prix h	130721	MAJO	1,00	1	7,00	7,00	0,00	7,00	100%	7,00
13-07-21 : --- ENCAISSEMENTS SECTEUR PUBLIC										41,97
TOTAL REGLE EN EUROS										****41.97

- RECU LE 13 Juillet 2021 DE BIARE FATIMA
EN PAIEMENT DES PRESTATIONS CI-DESSUS FOURNIES PAR CHRDS COURBEVOIE
LA SOMME DE ****41.97 Euros en Carte bancaire SOUS RESERVE D'ENCAISSEMENT

CHRDS COURBEVOIE
- LE REGISSEUR DES RECETTES



BR AMO = Base de Remboursement AMO (éventuellement affectée des coefficients de transition et géographique)