

# 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 063821

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869 2873 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ch

Nom & Prénom : LATOURY ABDELMONE

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

Date de consultation : 12/06/2019

Nom et prénom du malade : FARHI AHLIMA Age : .....

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

Nature de la maladie : Grippe musculaire

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




# 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
12.04.22	C	2	2500DH	
11.04.22	C	2	G	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL MABROUKI Dr. EL MABROUKI Hakim 1. Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca Tél.: 05 22 93 20 24	12/04/22	40,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. BELCADI - Dr. BELCADI Angle Bd. Brahim Roudani - Casablanca Nassir Endine Rés. Arja 1 - Casablanca Tél: 0522 25 12 13 - 0522 05 22 13 (INP: 090000052)	13/4/22	Elmoudjah Flupside	100,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

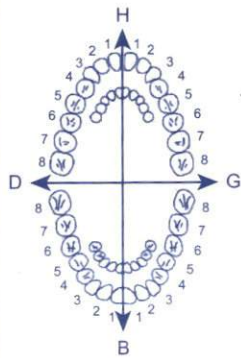
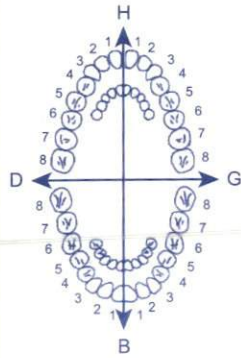
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	<p>(Création, remont, adjonction) 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"/>										

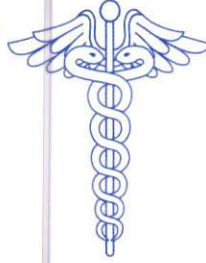
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z  
Endocrinologue - Diabétologue.

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol  
Traitement de l'Obésité - Maigreux  
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V  
Sur Rendez-Vous



الدرتورة ف. ز. بن عباس (التعارجي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري  
السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس  
بالموعد

## ORDONNANCE

Bouh' Ahlima

Casablanca, le 14.04.22

6,80 x 6

leuotgud 25 mg.

40,80

ip mal a l'esper.

4 6 mg

صيدلية حي المطار  
Pharmacie Hay Hassani  
1, Bd. Oum Rahla Oulfa - Tél. : 93 20 76 - Casablanca

DR. BENABBES TAARJI F.Z  
Endocrinologue - Diabétologue  
Angle Route d'Azemmour  
1<sup>er</sup> Etage - Immeuble Communal  
Casablanca - Tél. : 0522 93 31 49



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

# ***RADIOLOGIE SOCRATE***

FACTURE N°00806/22

CASA LE 13.04.22

**Nom & prénom : FARIHI AHLIMA**

Examens	Prix
Echographie thyroïdienne	500.00
TOTAL :	<b>500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cinq cent dirhams.

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anta 1 - Casablanca  
0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANTA  
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087



Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الطبيبة ف. ز. بن عباس التاجري

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بالموعد

## ORDONNANCE

FARHI AHCIMA .

Casablanca, le : 12.04.22

Echographie Thyroïdienne .

G. Nozoune

Surveillance .

DIABÉTOLOGIE SOCRAFI  
BELCADI - Dr BENNAN  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Adine Res Anfa 1 - Casablanca  
Tél: 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Dr. BENABBES TAARJI F.Z  
Endocrinologue - Diabétologue  
Angle Route d'Azemmour  
Immeuble Communal 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca - Tél: 0522 93 31 49



# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني  
Dr. Jamal BENNANI

CASABLANCA LE : 13.4.2022

NOM : FARIHI  
PRENOM : Ahlima  
MEDECIN TRAITANT : DR. BENABBES TAARJI F.Z.

## Echographie thyroïdienne

- Glande thyroïde de taille normale, d'échostrucutre hétérogène et hypoechogène.
- Présence au niveau du lobe droit d'un nodule echogène de 9,9 mm et d'un kyste de 4,2 mm . Ces deux formations ne sont pas vascularisées à l'étude Doppler .
- Le lobe gauche présente un petit kyste de 4 mm .
- Le lobe thyroïdien droit mesure 5 cm x 1,95 cm x 1,85 cm.
- Le lobe thyroïdien gauche mesure 4,40 cm x 2 cm x 1,45 cm.
- L'isthme thyroïdien est non épaissi .
- Absence de lésion des glandes parotides et sous maxillaires .
- Absence d'adénopathie en regard des différentes chaînes cervicales .

### \* Au total :

Aspects similaires au bilan antérieur avec thyroïde de taille normale, hétérogène et hypoechogène présentant surtout au niveau du lobe droit un kyste et un nodule stable classé au Score 3 de la classification TI.RADS .

CONFRATERNELLEMENT

DR. M. BELCADI

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Dr. BELCADI - Dr BENNANI  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Res Anfa 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 25 73 13 / 05 22 25 75 05