

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJÈTS

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0009587

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2300 Société : 120648
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BATAL Mohamed
 Date de naissance : 01-09-1953
 Adresse : HAY ROUDI GRP 3 N° 114
 HAZ BERNOUSSI CASAB
 Tél : 0661517849 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/6/22
 Nom et prénom du malade : M. BATAL Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : F. en T. + D. Cervic. M. M. M.
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : BATAL Mohamed Le : 28 JUIN 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
			1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FEDDAN EL KHEIR Dr. KOUKAB Dounia Km. 13 Route de Rabat Sidi Bernoussi Tél.: 05 22 73 52 60	20/06/2022	123.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/06/2022	Echo Thyroïdienne	400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

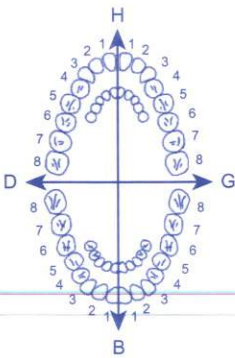
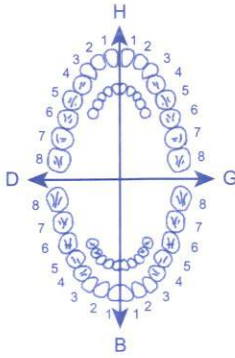
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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</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

Dr. OUZIT Souad

Medecine Générale

Diplômée de la Faculté
de médecine de Montpellier
en Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

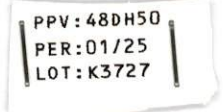
الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولى
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : في 20 juin 2022

Mr. BATAL MOHAMED

PHARMACIE FEDDAN EL KHEIR
Dr. KOUKAB Dounia
Km. 13 Route de Rabat
Sidi Bernoussi
Tél.: 05 22 73 52 60



6000

AZ 500

1CP

4850

COTIPRED 20MG

2 CP LE MATIN

1530

VIT C 1G PM GALENICA

1 cp:j

Traitement pendant : 5 jours

123,80

PHARMACIE FEDDAN EL KHEIR
Dr. KOUKAB Dounia
Km. 13 Route de Rabat
Sidi Bernoussi
Tél.: 05 22 73 52 60

Dr. OUZIT Souad
Omnipraticienne
Diplômée en Diabétologie et Diététique
373 - Bd. Souhaib Erroumi
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 73 72 72

Rendez vous

373 شارع صهيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي - البيضاء 05 22 73 72 72

373, Bd. Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi -Casa -Tél.: 05 22 73 72 72

Diplômée de la Faculté
de médecine de montpellier
en Diététique et Diabétologie

حاصلة من كلية الطب بمونبولي
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le: 20/06/2022. الدار البيضاء في

MR. BATAL MOHAMED

Echographie thyroïdienne



Rendez vous le :

373 شارع صهيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi - Casa Tél.: 05 22 73 72 72

M U P R A S

N° Admission : 22006572 **N° Facture** : 22006385 **Date facturati** 22/06/2022

Nom et prénom du patient : Mr **BATAL MOHAMMED**

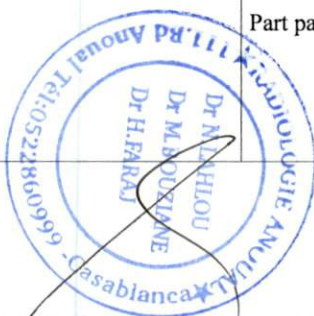
PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO THYROIDIENNE	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : 400.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	400.00 DH
PC N° :		



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Casablanca, le 22 Juin 2022

MR. BATAL MOHAMMED

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Indication : Bilan de contrôle d'un nodule thyroïdien gauche.

Résultat : Les images de ce jour sont analysées comparativement à celles de Mars 2021, on note :

- La glande thyroïde est de volume normal :

- Le lobe thyroïdien droit mesure 44 x 16 x 17 mm, soit un index volumique mesuré à 6,2 cm³.
- Le lobe thyroïdien gauche mesure 50 x 17 x 17 mm, soit un index volumique mesuré à 7,8 cm³.
- L'isthme mesure 4,5 mm d'épaisseur.

- Elle présente des contours réguliers, une échogénicité conservée, sans hypervascularisation au doppler couleur.
- On retrouve le nodule thyroïdien lobo-isthmique gauche présentant un aspect ovalaire plus large qu'épais, isoéchogène, entouré par un halo hypoéchogène, non vascularisé au doppler couleur, classé EU-TIRADS 3 de dimensions sensiblement stables mesurées à 5 x 2,7 mm.
- Il s'y associe un 2ème nodule polaire inférieur postérieur droit, ovalaire, plus large qu'épais, hyperéchogène, entouré par un halo hypoéchogène, non vascularisé classé EU-TIRADS 3, mesurant 6 x 4,6 x 4 mm.
- Micronodule médio-lobaire gauche de 2 mm de diamètre non classable (< à 5mm)
- Par ailleurs, absence d'adénopathie cervicale.
- Aspect échographique normal des glandes parotides et sub-mandibulaires.

.../...

MR. BATAL MOHAMMED

Au total :

- Glande thyroïde de volume normal siège de deux nodules thyroïdiens millimétriques classés EU-TIRADS 3 de siège lobo-isthmique gauche (5 mm) stable et polaire inférieur postérieur droit de (6mm)
- Absence d'adénopathie cervicale
- Aspect à reconrôler à long terme.

DR HABCHAQUI SANA

DR. HABCHAQUI SANA
Médecin Radiologue