

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 001398

120 999

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ASMA NABHA Société : RAS  
☐ Actif 320404 ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASMA NABHA  
 Date de naissance : 13/11/1985  
 Adresse : 13 Rue Lavoisier apt 30, 5ème Etage  
 Tél. : 0667209997 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Marouane HAKAM**  
 Médecine générale  
 89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
 Val fleuri - Casablanca  
 Tél : 05 22 25 87 45 - INPE : 05 22 25 87 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/06/22  
 Nom et prénom du malade : Mme ASM, NABHA Age : .....  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tachycardie / Anxiété  
 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 : .....

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 05/06/22        | e                 | 2                     | Grat                            |
| 24/06/22        | Couche            | Grat                  | Grat                            |
|                 |                   |                       |                                 |
|                 |                   |                       |                                 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 24/06/22 | 6/8, 20               |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 06/06/22 | Eti Thyrienne                | 400 u                  |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

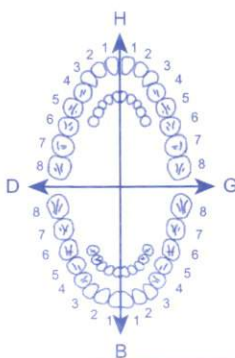
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU CCOEFFICIENT 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 |  |  |
|   | H  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
داخلي سابق بمستشفى الدار البيضاء

OMNIPRATICIEN

طبيب عام

Gériatrie – Gériatologie  
Suivi des maladies chroniques  
Troubles du sommeil  
Douleurs chroniques

Echographie  
Electrocardiographie

طب الشيخوخة

متابعة الأمراض المزمنة

اضطرابات النوم

الآلام المزمنة

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

24/06/2022

MME ASMI NAZHA

3000  
1 • ZENI PHAR PROPHAR - gélule  
1 Gélule, matin, soir, pendant 1 mois

1050  
• Vigam Fer - Comprimé  
1 Comprimé matin et soir pendant 3 mois (à distance du  
thé)

8100  
4300  
• Inikal 5mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

8900  
• Biofar ACE - Comprimé  
1 Comprimé, matin pendant 3 mois

Docteur Marouane HAKAM  
Médecine générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél : 05 22 25 87 48 - N°PE : 091262782

LOT : 200145  
UT AV : 01/2023  
PPV : 81,00DH

LOT : 211892  
EXP : 11/2024  
PPV : 43,00 DH

# Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء

OMNIPRATICIEN

طبيب عام

Gériatrie – Gériatologie  
Suivi des maladies chroniques  
Troubles du sommeil  
Douleurs chroniques

Echographie  
Electrocardiographie



طب الشيخوخة  
متابعة الأمراض المزمنة  
اضطرابات النوم  
الآلام المزمنة

الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

24/06/2022

**MME ASMI NAZHA**

Echo thyroïdienne

Docteur Marouane HAKAM  
Médecine générale  
89 Bd Stendhal Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél : 05 22 25 87 48 - INPE : 091262782



**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

**Dr Abdelaziz ZOUAOUI**

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 06/06/2022

Facture N° Note d'honoraire

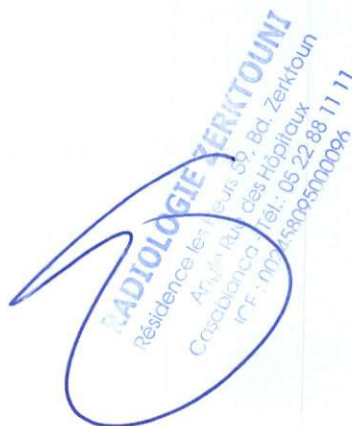
Nom patient : **ASMI NAZHA**

Examen(s) réalisé(s) : **ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE**

Montant : **400 DH**

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

**REGLEMENT : ESPECES**





# Radiologie Zerktouni

IRM | IMAGERIE DU SEIN | EOS

**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

**Dr Abdelaziz ZOUAOUI**

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le, 06/06/2022

**DR. MAROUANE HAKAM**

**Mme. ASMI NAZHA**

## COMPTE RENDU

### ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE :

- La thyroïde est réduite de volume mesurant :
  - Lobe droit 36 x 14 x 13 mm soit un volume de 3 ml.
  - Lobe gauche 41 x 15 x 13 mm soit un volume de 4.5 ml.
  - L'isthme est de 2 mm d'épaisseur.
- Elle est siège à gauche de trois lésions nodulaires, répartie comme suit :
  - Un nodule polaire inférieur gauche solido kystique, de contours réguliers, dont la portion solide est d'échostructure homogène, 11 x 9 x 6 mm classé EU TIRADS 3.
  - Deux nodules solides médio lobaires, postérieurs, contigus, de forme ovale, de contours nets, d'échostructure homogène, modérément hypoéchogène mesurant 6 x 8 mm et 6 x 7 mm classée EU TIRADS 4.
- L'examen doppler couleur retrouve une vascularisation harmonieuse sans zone d'hyperhémie.
- Absence d'adénopathies jugulo-carotidiennes.
- Absence d'anomalie des glandes sous mandibulaires et parotides.

### Conclusion :

Aspect d'une thyroïde légèrement atrophique siège de nodules thyroïdiens gauches classés entre Eu Tirads 3 et 4.

**Dr. BELHOUCINE FATTAH**

Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

Résidence les Fleurs 59, Bd Zerktouni

Angle Rue des Hôpitaux - Casablanca

Tél : 05 22 88 11 11 - INPE : 091018788

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 17560 Mot de Passe : 7274

Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerktouni, angle rue des Hôpitaux - Casablanca 20000 - Maroc

Tel : + 212 5 22 88 11 11 (LG) • E-mail : [rad59zerktouni@gmail.com](mailto:rad59zerktouni@gmail.com)

Tel : 36340653 - I.F. : 45758413 - I.C.E. : 002458095000096 - RIB : CDM 021 780 0000 046 030 807165 97

IRM : 06 66 20 74 92 - RDV Mammographie : 06 66 09 02 39