

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 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0051241

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07943

Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bengelloun Zahra

Date de naissance : 20/07/1960

Adresse : 113 Rue El Bourak Apt 2 DERIF

Tél. : 0661425656

Total des frais engagés

926,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2023

Nom et prénom du malade : Bengelloun Zahra

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Thyroïdienne

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 : Casablanca

Le : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 Praticien attestant le paiement des Actes
16.5.93	CS		300DH	
19/05/2022	U	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2022	179.60
	23/05/2022	46,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.5.93	Echo	400DH
		centrale	

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.

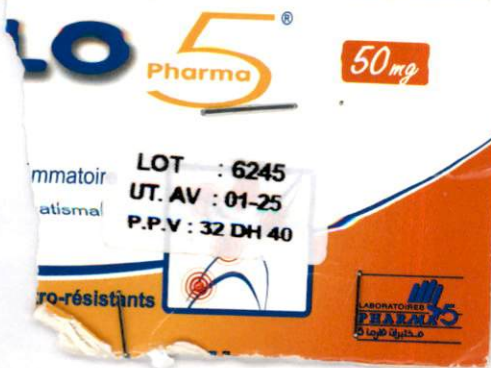
Important :

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>H</td> <td></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>B</td> <td></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



Casablanca le 23/05/2023
Facture n° :

Client M^{me} Benjelloun Zahra
ICE

Médicaments	Quantité	Prix. U.	Total
Niclo 50 cpi	1	32,40	
Doliprane 1g cpi	1	14,00	
		46,40	
Quarante six dirhams			
 Pharmacie Bir Anzarane Mme. Ali Yahya LALLOU 39, Rue Cadi Iyass Bd Bir Anzarane 20 000 20 000 CASABLANCA			

Pharmacie Bir Anzarane

94, Rue Cadi Iyass Bd Bir Anzarane Casablanca

ICE : 001727150000088 – Patente : 35802499 – IF : 40805188 – RC : 178486

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV: 245H00

PER: 10/25

LOT: L3540

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
الفحص بالصدى

Ordonnance

الدار البيضاء في : 23/05/19

De Banjelloun Zolma

4960x
Dane forte 1000000
Nephros phobos

2) *Thurbergia* - poule
10 elj pto Anai
1340x6
3) *Leucothyrus* 50pg.
1 elj pto 6

17960 ~~W~~ ~~Naclips selenium~~
~~newly phar...~~

134 شارع الداي ولد سيدي بابا(واطو و الحبشة سابقاً) إقامة الصلح انالايق الأور سنة 13 (قرب دار الشباب درب غلف) - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : cabinetdrafane@gmail.com - الهاتف : 05 22 26 31 12

134 Bd Day Ouled Sidi BABA (Ex Wataou et Habacha) Résidence Assidq 1er Etage Appt N°13

(à Côté Maison des Jeunes Derb Ghallef) – Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 • E-mail : cabinetdrafane@gmail.com



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 23A31

EXP: 01/2026

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 23A31

EXP: 01/2026

الدكتورة عفان هدى
Docteur Houda AFANE



Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca
Echographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
الفحص بالصدى

Ordonnance

Casablanca, Le : 16.05.23 : الدار البيضاء في :

Benzelloun Zahra

Echographie couvicle

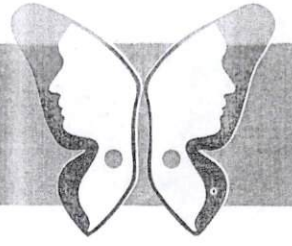
Uso DH

Docteur Houda AFANE
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Day Ouled Sidi Baba, P25
Tél : 05 22 25 31 12

134 شارع الداوي ولد سيدي بابا(واطو و الحبشة سابقا) إقامة الصندق الطابق الاول سقة 13 (قرب دار الشباب درب غلف) - الدار البيضاء
البريد الإلكتروني : cabinetdrafane@gmail.com - الهاتف : 05 22 25 31 12

134 Bd Day Ouled Sidi BABA (Ex Wateau et Habacha) Résidence Assidq 1er Etage Appt N°13
(à Coté Maison des Jeunes Derb Ghallef) - Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 • E-mail : cabinetdrafane@gmail.com

الدكتورة عفان هدى Docteur Houda AFANE



Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca
Echographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
الفحص بالصدى

Casablanca le : 16/05/23

Madame Benjelloun Zahra

Echographie cervicale

- La glande thyroïde est de taille normale, de contours réguliers, d'aspect hétérogène, avec un volume estimé à 09 cm³.
- Présence en polaire inférieur droit d'un nodule mesurant 9.6*6.3mm de contours réguliers modérément hypoéchogène sans calcifications décelables.
- Absence d'ADP cervicales.
- Glandes sous maxillaire et parotidiennes sont d'aspect normal.

Au total

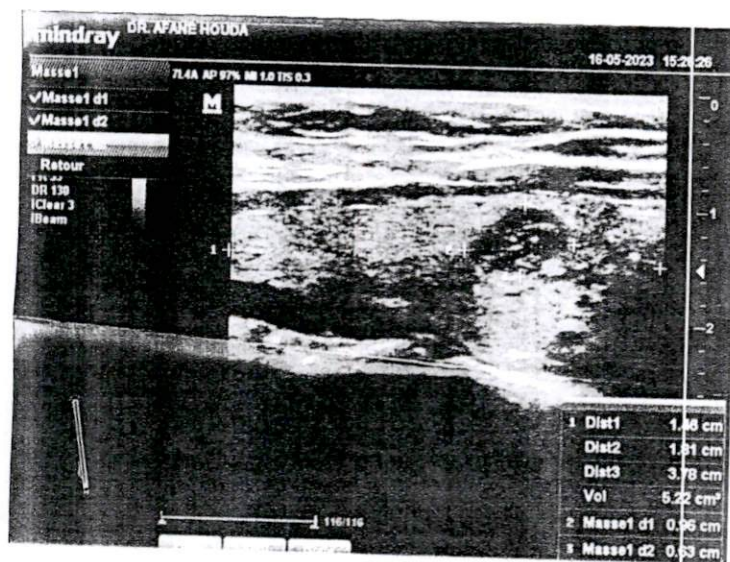
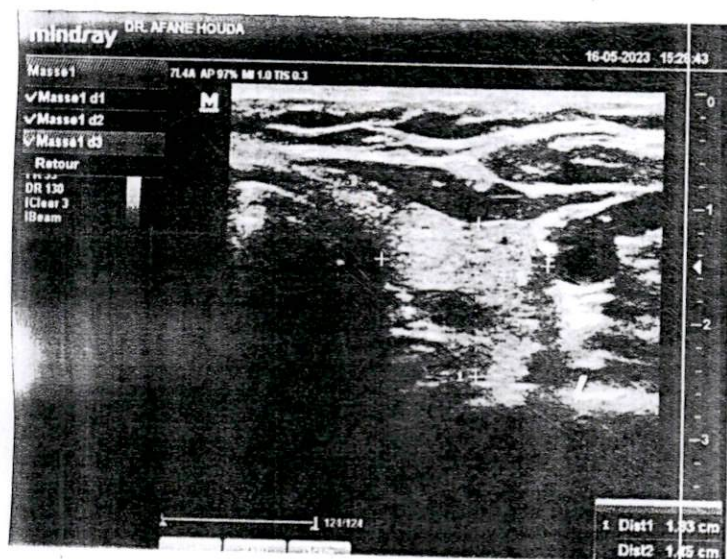
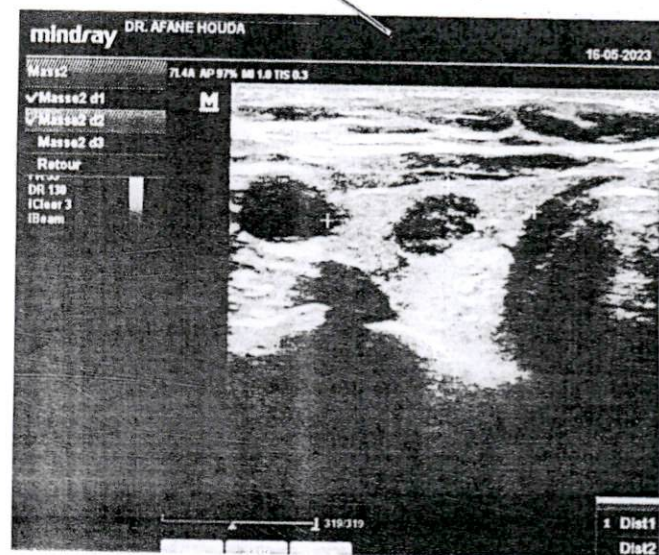
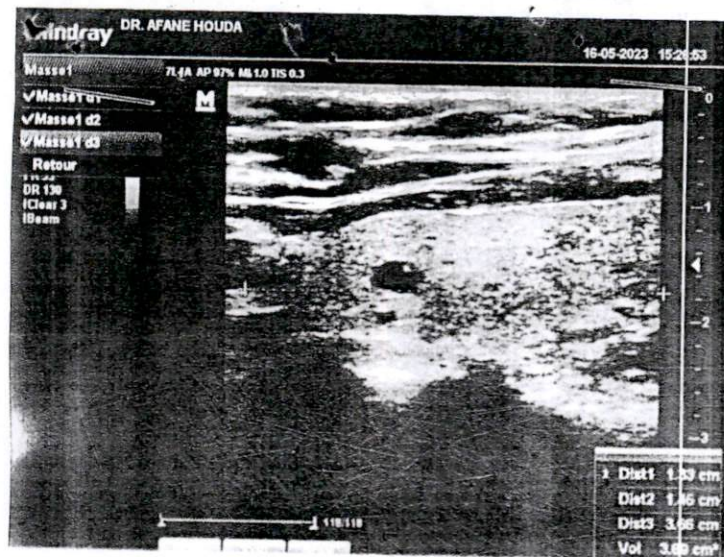
Nodule thyroïdien droit classé 4 selon la classification EU-Tirads.

Dr AFANE Houda
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
4. Bd Day Ouled Sidi Baba, Rés.
App 13 - Casablanca
Assist. Méd. 2018-2019

134 شارع الداي ولد سيدي بابا (واطو و العظمة سابقا) إقامة الصديق الطابق الأول شقة 13 (قرب دار الشباب درب غلف) - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : cabinetdrafane@gmail.com - الهاتف : 05 22 25 31 12

134 Bd Day Ouled Sidi BABA (Ex Wateau et Habacha) Résidence - 4^{ème} Etage App^t N°13
(à Côté Maison des Jeunes Derb Ghalef) - Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 - Email : cabinetdrafane@gmail.com





Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques

Jeune Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca
Echographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض التغذية و السكري
و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
الفحص بالصدى



Échographie Thyroïdienne



Échographie Abdominale



Échographie Pelvienne



Autre ...

د. هودد أفاني (أخصائية في أمراض التغذية و السكري و أمراض الأيض)
البريد الإلكتروني : houdafane@gmail.com 05 22 25 31 12

134 Bd Day Ouled Sidi BABA (Ex W. el Habach) Résidence Assidq 1er Etage Appt N°13
Maison des Jeunes Derb Ghallef) - Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 • E-mail : cabinetdrafane@gmail.com