

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.

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

N° M21- 0010218

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4540 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. BEN BYA Fatima
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661138099 Total des frais engagés : 1029,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/06/2023
 Nom et prénom du malade : BEN BYA PATIMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleurs articulaires
 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 24/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : Ben Bya

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
08/06/2023		1	15000	<i>[Signature]</i> Dentiste Moussa L. 2 Tr 3, Immeuble Appartement 3, Casablanca Tél: 05 22 71 24 14 Whatsapp: 06 75 47 39 88 IMPE: 091041582

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i> PHARMACIE EL KANDARA 10 Rue Abdelhak Casablanca Tél: 05 22 71 24 14 E-mail: contact@arradiologie.ma	08/06/23	179,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Cachet]</i> CENTRE DE RADIOLOGIE Lotissement Att. Maroc - Ilot 1, Casablanca Bd Mohamed Zefat 5 Tél: 05 22 12 05 16 - 05 22 72 22 88 E-mail: contact@arradiologie.ma	08.06.23	1	1000

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 canalaires, 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouna CHERQAoui

MEDECINE GENERALE

D.U. d'échographie

C.U. de gynécologie médicale

D.U. en Diabétologie

D.U. Diététique Médicale et Nutrition



الدكتورة منى الشرقاوي

الطب العام

د. الفحص بالصدى

ش.ج. طب النساء

د.ج. في مرض السكري

د.ج. التغذية والحماية الطبية

Casablanca, le

08/06/2023

الدار البيضاء، في

Mme Ben Bya Fatima

CELEPHI 200

1 gélule, matin

CODALGINE 500/30

1 comprimé, 3 fois par jour

ARHUMATIZ FLEX 5%

1 application, matin et soir

Dexive

Docteur Mouna CHERQAoui
Attacharouk Sect. 2, Tr 3, Imm 10
Appt 3 Casablanca
Tél: 05 22 71 24 14
Whatsapp: 06 75 47 89 88
INPE: 091041582

1 amp / mois pendant 3 mois





PPC : 79,80 DHS
PER : 10/25
LOT : CLW21

L 1 2 3 4 5
1 2 3 4 5

25,00

LOT: 017
PER: SEP 2024
PPV: 75 DH 00



Dr.Khaoula Rahmatallah

Spécialiste en Radiologie

الدكتورة خولة رحمة الله

إختصاصية في الفحص بالأشعة

CASABLANCA le 08/06/2023,

FACTURE N° 4152/2023

Nom patient : BEN BYA FATIMA

**Examen : ECHO CERVICALE 400DH
GRILL COSTAL F/ ¾ 300 DH**

Montant T : 700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

SEPT CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

INPE : 060064664



Dr. Mouna CHERQAOU

MEDECINE GENERALE

D.U. d'échographie

C.U. de gynécologie médicale

D.U. en Diabétologie

D.U. Diététique Médicale et Nutrition



الدكتورة منى الشرقاوي

الطب العام

د. الفحص بالصدى

ش.ج. طب النساء

د.ج. في مرض السكري

د.ج. التغذية والحماية الطبية

Casablanca, le في الدار البيضاء،

08/06/2023

Mme BEN BYA Fatima

- ECHOGRAPHIE CERVICALE

Conclusions cliniques

gros nodule thyroïdien droit .



Dr. Mouna CHERQAOU

MEDECINE GENERALE

D.U. d'échographie

C.U. de gynécologie médicale

D.U. en Diabétologie

D.U. Diététique Médicale et Nutrition



الدكتورة منى الشرقاوي

الطب العام

د. الفحص بالصدى

ش.ج. طب النساء

د.ج. في مرض السكري

د.ج. التغذية والحمية الطبية

08/06/2023

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mme BEN BYA Fatima

• GRILL COSTAL FACE+ OBLIQUE

Renseignements cliniques

traumatisme thoracique .

CENTRE DE RADIOLOGIE
ARRAZI
Lotissement Attacharouk - Ilot 1 & 2 - Lot N° 11
Bd Mohamed Zefzaf Sidi Moumen - Casablanca
Tel: 05 22 72 05 16 / 05 22 72 21 83
E-mail: contact@arrazi.net

Docteur Mouna CHERQAOU

Attacharouk Sect. 2, Tr 3, Imm 10

Appt 3 - Casablanca

Tel: 05 22 71 24 14

Whatsapp : 06 75 47 89 88

INPE: 091041582



Dr.Khaoula Rahmatallah

Spécialiste en Radiologie

الدكتورة خولة رحمة الله

إختصاصية في الفحص بالأشعة

DATE : 08/06/2023

NOM et PRENOM : BEN BYA FATIMA

AGE : 63 ANS

MEDECIN TRAITANT : Dr. MOUNA CHERQAOU

RX DU GRIL COSTAL DE FACE ET 3/4

- Absence de trait de fracture.
- Absence d'anomalie pleuro-pulmonaire.
- Parties molles sans anomalie.

Confraternellement

Dr K. RAHMATALLAH

Pour les images, utilisez le lien : <http://pacs.arrazi.net/images/>

Login : 17928 Mot de Passe : 7704



IRM Haut champ 1,5T

الفحص بالرنين المغناطيسي

Scanner multibarette

السكرانير

Echographie

multidisciplinaire

التصوير الصدوي متعددة

التخصصات

Echographie 3D/4D

الفحص بالصدى

Echographie

doppler couleur

فحص الأنوعية بالصدى الملون

Radiologie numérisée

الفحص بالأشعة

Mammographie

numérisée

فحص الثدي بالأشعة

Radiologie dentaire

فحص الفك والأسنان بالأشعة

Radiologie

interventionnelle

الأشعة التداخلية



Dr.Khaoula Rahmatallah

Spécialiste en Radiologie

الدكتورة خولة رحمة الله

إختصاصية في الفحص بالأشعة

DATE : 08/06/2023

NOM et PRENOM : BEN BYA FATIMA

AGE : 63 ANS

MEDECIN TRAITANT : Dr. MOUNA CHERQAOU

ECHOGRAPHIE CERVICALE

- Glande thyroïde augmentée de volume aux dépens du lobe droit, d'échostructure normale, de contours réguliers.
- Elle mesure :
 - ✓ Lobe droit : 48,5 x 26 x 21,7 mm soit un volume de 14,2 cc.
 - ✓ Lobe gauche : 50,5 x 16,5 x 13,5 mm soit un volume de 5,8 cc.
 - ✓ Isthme : 3,5 mm.
- Présence d'un nodule médiolobaire droit isoéchogène bien limité de contours réguliers entouré par un halo hypoéchogène complet à vascularisation mixte mesurant 23 x 12,5 x 18,5 mm classé EUTIRADS 3.
- Au doppler couleur, absence d'anomalie de la vascularisation du parenchyme thyroïdien.
- Absence d'adénopathie cervicale de taille significative.

CONCLUSION :

- Nodule thyroïdien droit de 23 mm de grand axe classé EUTIRADS 3.

IRM Haut champ 1,5T

الفحص بالرنين المغناطيسي

Scanner multibarette

السكرانير

Echographie

multidisciplinaire

التصوير الصوتي متعددة

التخصصات

Echographie 3D/4D

الفحص بالصدى

Echographie

doppler couleur

فحص النوعية بالصدى الملون

Radiologie numérisée

الفحص بالأشعة

Mammographie

numérisée

فحص الثدي بالأشعة

Radiologie dentaire

فحص الفك والأسنان بالأشعة

Radiologie

interventionnelle

الأشعة التداخلية



CENTRE DE RADIOLOGIE
ARRAZI

Lotissement Attacharouck - Ilot 1/s2 - Lot N°11,
Bd Mohamed Zafzaf Sidi Moumen - Casablanca

Tel : 05 22 12 05 16 / 05 22 72 21 83

E-mail : contact@arrazi.net

Confraternellement
Dr K. RAHMATALLAH