

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 canalaire, 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 canalaire.

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'H. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

M23-010630

188862

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELABED HALIMA VENUE OHHARI

Date de naissance : 1.1.1952

Adresse : Groupe K Rue 156 N°18 EL ANASSER CORALLANES

Tél. 054905533/066728113 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2 N°61 - 1er Etage RP Chahdia - EL OUL
Tél. 05 22 31 07 62 - 06 04 72 39 11

Date de consultation : 20.12.2023

Nom et prénom du malade : BELABED HALIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CHRONIQUE

Affection longue durée ou chronique ALD ☐ ALC Pathologie : cardiopathie

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
20/11/23	ECG		20000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/23	292,90
	20/11/23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/11/23	Ech cervicale	5000dh

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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des Maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين

20/12/2023

Casablanca, le :

BELABED Halima

SECTRAL 400

104,60 x 3 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

43,00 x 3 **INIKAL 5**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

27,70 x 3 **CARDIOASPIRINE 100**

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

70,50 x 2 **TAMBOCOR OU FLECAINIDE 100**

1/2 comprimé le matin et soir, pendant 3 mois

126,00 x 1 **ESCIPLEX 10**

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

JE WILAYA MOULOU

ZEKRI Abdelati

pour en RP chhdia

et Qued Moulay Eloulfa

Tel : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14

ICE : 00229122000071

دكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE

Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa

Tel : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14

INPE : 91170670

زنگنه 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 91 07 62 - 0604 72 39 14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél.: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

104,60

LOT : 230776
EXP : 04/2026
PPV : 43,00DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

104,60

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

104,60

LOT : 220793
EXP : 05/2025
PPV : 43,00DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

LOT 232349 1
EXP 07 2025
PPV 126.00

PPV :
LOT :
PER :

→ 70,50

PPV :
LOT :
PER :

→ 70,50

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des Maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين

20/12/2023

Casablanca, le :

BELABED Halima

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE



دكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE : 91170670



مركز الفحص بالأشعة مدار جورج

CENTRE DE RADIOLOGIE ROND POINT GEORGE

Dr. SANDI SALMA
Médecin Radiologue

- IRM haut champs 1,5 T - Scanner 32 B - Echographie générale - Doppler couleur - Radiographie numérisée et interventionnelle - Osteo-articulaire - Mamographie Numérique - Rachis entier - Panoramique Dentaire

Casablanca le, 20/12/2023

Facture N°:2218

Organisme :MUPRAS
le nom du patient:BELABED HALIMA

ICE :None

Exam	Prix
ECHO THYROIDE	500,00
Total	500,00

Arrêté le montant de la présente facture à la somme de :
Cinq Cents Dirham(S)

ICE:002597538000093 - TP:36002557 - IF:47259851



مركز الفحص بالأشعة مدار جورج

CENTRE DE RADIOLOGIE ROND POINT GEORGE

Dr. SANDI SALMA
Médecin Radiologue

- IRM haut champs 1,5 T - Scanner 32 B - Echographie générale - Doppler couleur - Radiographie numérisée et interventionnelle - Osteo-articulaire - Mamographie Numérique - Rachis entier - Panoramique Dentaire

DUPLICATA

NOM PRENOM: Mme BELABED HALIMA

20/12/2023

MEDECIN PRESCRIPTEUR: Dr BENJELLOUN MEHDI

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Indication : 71 ans, toux chronique.

Résultats :

- Glande thyroïde de volume normal de contours réguliers d'échostructure hétérogène, mesurant :
 - o Lobe thyroïdien droit: 17x25x43mm soit un volume de 9g (normal:4- 10 cc).
 - o Lobe thyroïdien gauche:15x21x40 mm soit un volume de 6g (normal:4- 10 cc).
 - o L'isthme thyroïdien mesure 3mm.
- Au doppler couleur : on note une vascularisation normale de la glande.
- Lobe droit** siège d'un nodule médio et lobaire inférieur, bien limitée, de contours réguliers, mais de forme irrégulière, tissulaire et isoechogène siège de logettes kystiques, disposant d'une vascularisation centrale et périphérique, sans calcification, ni halo décelable et mesurant 13x20x25mm pouvant être classé EU-TIRADS3.
- Il s'y associe un autre nodule lobo-isthmique sous capsulaire antérieur de mêmes caractéristiques sémiologiques et mesurant 5x2.5mm EU-TIRADS 3.
- Lobe gauche** ; siège d'un nodule médio-lobaire, assez bien limitée, de forme régulière, isoechogène, disposant d'une vascularisation centrale et périphérique, sans calcification, ni halo décelable et mesurant 12.5x7mm pouvant être classé EU-TIRADS 3.
- Kyste colloïde médio-lobaire antérieur de 2.2mm EU-TIRADS 2.
- Absence d'adénopathie cervicale notable.
- Glandes parotides et sub-mandibulaires d'aspect normal.
- Axes jugulo-carotidiens perméables de calibre normal.
- Parties molles d'aspect normal.

Au total :

- Aspect échographique d'une thyroïde nodulaire dont le nodule le plus péjoratif siège à droite classé EU-TIRADS3 nécessitant une vérification histologique.**

Docteur Salma SANDI
Médecin Radiologue

DR SANDI SALMA

MERCI POUR VOTRE CONFIANCE

SCORE EU-TIRADS (european Thyroid Imaging Reporting And Database System)

Score EU-TIRADS	Signification	Risque de malignité et C.A.T.(%)
1	Examen normal	Risque 0 - Arrêt des échographies
2	Constamment bénin	Risque = 0 - Surveillance clinique.
3	Très probablement bénin	+/- cytoponction évacuatrice de kyste si compressif Risque 2 à 4% - Surveillance échographique. Cytoponction si >20mm - =Micro-biopsie
4	Faible suspicion de malignité	Risque 6 à 17 % - Cytoponction si >15mm
5	Forte suspicion de malignité	Risque 26 à 87 % - Cytoponction si >10mm
ADENOPATHIE		Biopsie ou cytoponction obligatoire avec dosage de TG insitu.

ICE:002597538000093 - TP:36002557 - IF:47259851

N°12, 14 Moulay Thami, Boulevard Mustapha Salamat, (Rond point George) Haj Fateh, Oulfa, Casablanca

05 22 89 89 09 07 64 08 68 25 radiologie.george@gmail.com www.radiologie-george.ma