

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0048923

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2494 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SELMAoui MALIKA

Date de naissance : 19-3-53

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DRIOUCH Yasmine
Endocrinologue Diabétologie
& Maladies Métaboliques
2. Wilag 1ère 2 N° 19 Etage 2
Boulevard N° 5 N 16 - Casablanca

Date de consultation : 02/02/2024

Nom et prénom du malade : SELMAoui MALIKA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gauche

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) :

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 Raison des Actes
02/02/2024	C,		250,00	Dr. Pr. Vasmone Endocrinologue Diabétologue et Maladies Métaboliques Z. Wafa 1 Rue 2 N° 19 Etage 2 Boulevard N° 50118 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGUE Projet Escalam Lot.36 Im Etg1, App15, Oulfa Hay Hassan Casablanca. Tél:05.20.03.1113	05/02/24	2.20	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

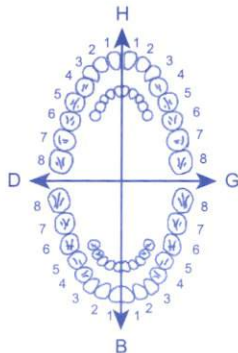
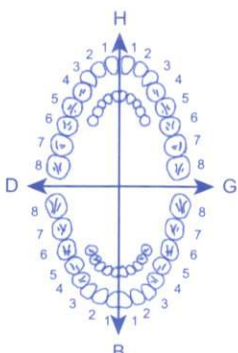
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				Coefficient DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Yasmine Driouch

• Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
• Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة ادريوش ياسمين

• أخصائية في أمراض الغدد و السكري
والتغذية و أمراض النيض
• خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le 02/02/2024

N° = 80780017 Nalike

Compte, so surveillance

→ faire sup échographie
cervicale

Dr. Souad LAHBABI
RADIOLOGUE
Projet Essalam Lot.36 Imm.A
Etg1, App15, Oulfa Hay Hassani
Casablanca. Tél: 05.20.03.13.43
le 05/02/24

Dr. YASMIN DRIOUCH
Endocrinologue Diabétologie
et Maladies Métaboliques
2,1 Wifak 1 Rue 2, 19 Etage 2
Bureau N° 5 Oulfa Casablanca

Dr Souad LAHBABI



الدكتورة سعاد الحبابي

Radiologue spécialiste en Echographie Mère-Enfant

Ex Chef de service de Radiologie Polyclinique CNSS Hay Hassani

أخصائية في الفحص بالصدى الأم والطفل

Casablanca le 05/02/2024

Facture n° 024024

INPE : 091088583

Mme Malika SELMAOUI

Imagerie	Val.	Montant
Echographie cervicale	Z20	200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams

Dr. Souad LAHBABI
RADIOLOGUE
Projet Essalam Lot.36 Imm.A
Etg1, Appt5, Oulfa Hay Hassani
Casablanca. Tel:05.20.03.13.43

مشروع السلام تجزئة 36 عمارة « A » الطابق الأول رقم 5 اللفة الدار البيضاء

Projet Essalam Lot 36 Immeuble A 1er étage n°5 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 20 03 13 43



Casablanca, le 05/02/2024

IDENTITE PATIENT(E) : Mme Malika SELMAOUI

EXAMEN DEMANDE PAR : Dr Yasmine DRIOUICH

ECHOGRAPHIE CERVICO-THYROIDIENNE

- La thyroïde est de situation normale, présente des contours réguliers, une vascularisation habituelle et augmentée de volume à droite :
Lobe droit : 13.2 cc Lobe gauche : 7.1 cc Isthme : 3.3 mm
- L'échostructure glandulaire est marquée par des nodules mixtes, à composante tissulaire isoéchogène, à double vascularisation, non calcifiés :
 - o **A droite** : Trois nodules, postéro-basal de 14 x 7 mm, apical de 15 x 9 mm et postéro-médian de 9.5 mm ;
 - o **A gauche** : Deux nodules, postéro-basal de 13 x 9 mm et médian de 15 x 9.5 mm.
- Glandes parotides et sous maxillaires sont d'aspect normal.
- Il n'est pas visualisé d'adénopathie le long des axes jugulo-carotidiens.

AU TOTAL :

- Goitre droit.
- Thyroïde multi-nodulaire dont les nodules sont classés Eu-TIRADS 3.

En vous remerciant de votre confiance

Dr Souad LAHBABI
RADIOLOGUE
Projet Essalam Lot 36 Imm A
Ets 1, And 15, Oulfa Hay Hassan
Tél : 05 22 03 12