

## 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.

### Diagnostic 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

ND: 26966

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0008726

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2015

Société : RAMI

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUMI EL MOSTA

Date de naissance : 11/03/1951

Adresse : Helituelle

Tél. : 06 66 96 2276

Total des frais engagés : 900,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

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 : 24/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0008726

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
24 AVR 2020	←		300	Professeur Mestek Otorhino - Laryngologie 120, Bd. Mouley Idriss Casablanca - Tél: 077 22 22 22

# 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
	24/04/20	K 60	60000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

## Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي  
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه  
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا  
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le ..... 24/04/2020 ..... في الدار البيضاء،

## BILAN IMAGERIE

**Mme LEKMAITI Nezha**

**BILAN D'UNE HYPERPARATHYROIDIE**

**ECHOGRAPHIE CERVICALE**

AXEL CLINIQUE D'ENTRÉE DES HOPITAUX  
Angle Rue Mace Charles Nicole et  
Rue Dr. Magendie - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83  
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

Professeur Mostafa DETSOULI  
Otorhino - Laryngologie  
120, Bd. Moulay Idriss 1er  
Casablanca - Tél: 0522 86 31 31



Casablanca , le 24/04/2020

HJ

Patient : LEKMAITI NEZHA

Médecin traitant : DR DETSOULI M.

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE CERVICALE

**Indication :**

Bilan d'une hyperparathyroïdie.

**Technique :**

Exploration réalisée à l'aide d'une sonde de haute résolution à fréquence variable de 9 à 15 MHZ en mode B Doppler couleur et énergie et élastographie

**Résultat :**

- La glande thyroïde paraît de volume normal.  
Ses différentes mensurations sont :
  - Lobe droit : 45 x 14 x 12mm (3.6 cc)
  - Lobe gauche : 43 x 14 x 10 mm (2.8cc)
  - L'épaisseur de l'isthme est de 2mm.
- L'échostructure de la glande thyroïde paraît homogène sans lésion nodulaire focale ni d'hypervascularisation anormale.
- On met en évidence la présence d'une masse de type solide d'échostructure hétérogène avec une composante hypoéchogène et une composante hyperéchogène ovalaire bien limitée siégeant en arrière du pôle inférieur du lobe thyroïdien gauche évaluée à 3 x 1.4 x 1.2 cm environ présentant une vascularisation artério-veineuse à prédominance périphérique et un faible indice de rigidité en élastographie.
- Par ailleurs pas d'autre masse rétro-lobaire anormale visible notamment du côté droit.
- Pas d'adénopathie des chaînes cervicales.
- Bonne perméabilité des vaisseaux jugulo-carotidiens.
- Pas d'anomalie des glandes salivaires.

**Au total :**

Masse de type solide siégeant en arrière du pôle inférieur du lobe thyroïdien gauche de 3 cm de grand axe environ dont les caractéristiques écho-morphologiques sont évocatrices d'un adénome para thyroïdien.

Eventuelle confrontation scintigraphique et ou TDM.

Dr. N. BENNANI

Dr. Y. BOUZIDI

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Signé : Dr CHAOUI M.Z

Casablanca, le 24/04/2020

**Facture N° 1153/2020**

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **LEKMAITI NEZHA**

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

Dr. Y. BOUZIDI

Montant : **six cents (600 DH)**

Dr. M.Z. CHAOUI

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

Dr. T. TAIFOUR

*Signature*  
RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX  
Angle rue Pasteur - Casablanca  
Tél : 05 22 27 83 83 - 05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01