

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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° M20- 0009450

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2864 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Mohamed EL Housni Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NAFILA Age :

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

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09450

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 :



## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-542527

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2264 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUHI B. EL IDRISS MOHAMED

Date de naissance : 02/02/1954

Adresse : Hay Norboulia Rue B N° 26 CASABLANCA

Tél. : 06 65 39 38 98 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUHI B. EL IDRISS NAHILA Age : 1999

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

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 : 20/10/2020

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 Paiement des Actes

18 SEP. 2020 2500DH

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourasseur Date Montant de la Facture

7/15 2000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

21/09/20 260 6000DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

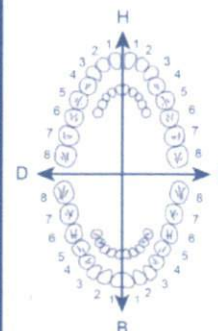
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

IMP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

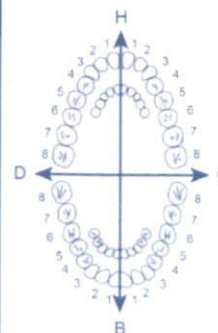
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr HASSANI Redouane

**Spécialiste**

Oto-rhino-laryngologie  
Chirurgie cervico-faciale

Tél: 0522 52 69 78



د.الحسني رضوان

أخصائي

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة  
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78

**Ordonnance Médicale**

Casablanca le : 07/10/2020

**MLLE MOUHIB ELIDRISSI NAHILA**

• **Orapred 20 mg**

3 Comprimé, matin, pendant 8 jours puis  
pendant 5 jours puis 1 Comprimé, matin,  
1/2 Comprimé, matin, pendant 5 jours

• **Potassium 15%**

1 cuillère, matin, soir, pendant 1 mois

• **Oedes 20 mg**

1 Gélule, matin, pendant 4 semaines

PPV 24DH60

EXP 04/2023  
LOT 02035

LOT 191316  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH



Dr. HASSANI Redouane

Spécialiste Oreille, Nez, Gorge,  
Chirurgie Cervico - Faciale  
Bd. Al Qods Res. Qods Californie  
Imm. Gha Appt 14 Ain Chock  
Casablanca - Tél : 05 22 52 69 78

506, Bd.  
Hay Mly. Ab  
Ain chock - Marrakech  
Tél: 05 22 52 87  
Casablanca

EL HASKI Med



**Dr HASSANI Redouane**

**Spécialiste**

Oto-rhino-laryngologie  
Chirurgie cervico-faciale

Tél: 0522 52 69 78



**د. الحسنی رضوان**

**اخصائي**

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة  
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78

### **Ordonnance Médicale**

Casablanca le : 18/09/2020

- **MLLE MOUHIB ELIDRISSI NAHILA**

- Hypertrophie de la glande thyroïde  
Faire une échographie cervicale

**Dr. HASSANI Redouane**  
Spécialiste Oreille, Nez, Gorge  
Chirurgie Cervico-Faciale  
Bd. Al Qods Rés. Qods Californie  
Imm. GH8 Appt 14 Ain Chock  
Casablanca - Tél. 05 22 52 69 78

**Dr. EL QADIRI Mohammed**  
Radiologie - Radio - Isotopiste  
323, Bd. Paroissien - Casa  
Tél. 05 22 87 01 96

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريعة - عين الشق - الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Résidence Al Qods Californie, immeuble 8, N° Appt 14, Ain Chock Casablanca

Tél: 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.orl.hassani@gmail.com



# R.P.M.O.G

21/09/2020

Radiologie panoramique  
Diplômé de Paris V  
323, Bd PANORAMIQUE  
PATENTE N°:34950260  
ICE : 001649545000061  
INPE : 021060009  
IF : 14413755

RADIOLOGIE-ECHOGRAPHIE-DOPPLER  
SCANNER MULTIBARETTE-MAMMOGRAPHIE

Facture N°:193/20

NOM : MOUHIB EL IDRISSE Nahila

Examen réalisé : Echographie cervicale

Total : 600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de six cents dirhams.

Dr. EL QADIRI Mohammed  
Radiologie - Radio - Isotopie  
323, Bd. Panoramique - Casa  
Tél : 05 22 97 01 96





**الدكتور محمد القادري Dr. Mohammed EL QADIRI**  
**SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE & MÉDECINE NUCLÉAIRE**

**Titulaire du diplôme de Médecine Nucléaire de l'I.N.S.T.N Saclay.Paris**

Ancien Médecin Assistant Des Hôpitaux De Paris & Ancien Médecin Des Hôpitaux Militaires Du Maroc

Le 21/09/20

**NOM:** MOUHIB EL IDRISI Nahila  
**Examen réalisé:** Echographie cervicale

A l'attention du DR HASSANI

### COMPTE-RENDU

La glande thyroïde est modérément hypertrophique, assez globuleuse, de contours réguliers, d'échostructure peu hétérogène, présente une hypervascularisation diffuse, sans image nodulaire circonscrite visible.

Le lobe droit mesure 58 mm de hauteur x 22,5 mm de largeur x 18,5 mm d'épaisseur.

Le lobe gauche mesure respectivement selon les mêmes axes 57 x 19 x 19mm.

L'isthme est de taille normale, d'échostructure homogène.

Absence de foyer d'hypervascularisation de signification pathologique décelable au niveau de l'ensemble de la glande.

Quelques petites ADPS hypo-échogènes para-isthmiques et latéro-cervicales bilatérales superficielles, non globuleuses, infra ou à peine centimétriques.

Absence d'adénomégalie échographiquement décelable au niveau des différents territoires ganglionnaires cervicaux.

Les glandes salivaires sont de taille, de morphologie et d'échostructure normales.

Absence de masse cervicale visible.

#### En conclusion:

Goitre modéré ~~peu~~ inhomogène avec une hypervascularisation diffuse, sans image nodulaire circonscrite visible. A confronter à l'immuno-biologie (Ac ATG).

Quelques petites ADPS hypo-échogènes para-isthmiques et latéro-cervicales bilatérales superficielles, non globuleuses, infra ou à peine centimétriques.

A recontrôler dans un an environ.

Bien Confraternellement

Dr EL QADIRI

Dr. EL QADIRI Mohammed  
Radiologie - Radio - Isotopes  
323 Bd. Panoramique - Casa

**SCANNER MULTIBARETTE. DENTASCANNER. ECHOGRAPHIE. DOPPLER-COULEUR  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE . PONCTION-BIOPSIE. MAMMOGRAPHIE .I.R.M**