

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

M23-003204

197333

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 00 202 Société : Esc / Rubat

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD H. Bavek

Date de naissance : 1925

Adresse : Secteur 4 B Rue EL AZhar N° 247
Tabriquet Sale

Tél. : 06 19 69 52 93 Total des frais engagés : 1 133,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. HAFIDI EL HAMANI AICHA
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
29, Rue Oued Al Makhazine
Rabat - Tél.: 05 37 67 44 66

Date de consultation : 02/02/24

Nom et prénom du malade : EL HADDAD H. Bavek Age : 93

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

Nature de la maladie : 4/2/14

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 : Sale Le : 02/02/24


Signature de l'adhérent(e) : H. Bavek

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2015

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/02/24 | S | | 300918 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 02/02/24 | 53,80 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|--------|------------------------------|------------------------|
|  | 3/2/24 | 125 KEUS | 780,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

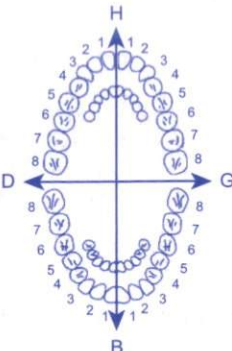
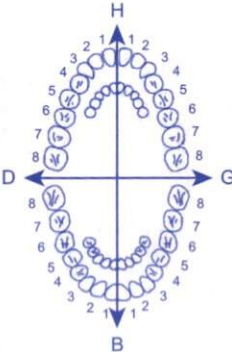
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 <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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 *A. Hafidi Ep. El Hamiani*

Endocrinologies Et Maladies Metaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine
René - Descartes - Paris

Ancien Professeur à la Faculté de
Médecine de Rabat

الدكتورة عائشة هفيدي الحمياني

أمراض الغدد والأمراض الاستقلابية

خريجة كلية الطب روني - ديكارت

كلية الطب
ط



Rabat, le : 02/02/20



*Dr. Aïfi Aberka
epm El Hamiani*



$$13,40 \times 3 = 40,20$$

- Levthy 50 12/1 ✓



$$6,80 \times 2 = 13,60$$

- Levthy 25 12/1 ✓



T = 53,80

U 235

صيدلية المعمورة
PHARMACIE LA MAMORA
Dr. Zakaria BENTAHAR
Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13
Salé, Tabriquet - Tél.: 0537 85 40 87

Pr. HAFIDI EL HAMIANI AICHA
Endocrinologie et Maladies
Metaboliques
29, Rue Oued Al Makhazine
Rabat - Tél.: 05 37 67 44 66



IRM 1.5 T - SCANNER 64 COUPES - TOMOSYNTHESE MAMMAIRE - CONE BEAM

3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCANNER - PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERISEE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - BIOPSIE STÉRÉOTAXIQUE - OSTÉODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

FACTURE N° : 1835/2024

| DIFI EP EL HADDAD MBARKA | Salé, le 03/02/2024 |
|-----------------------------|---------------------|
| <i>Examen(s) Réalisé(s)</i> | <i>Montant</i> |
| RX pulmonaire de face | 180,00 |
| Echo-doppler thyroïdien | 600,00 |
| <i>TOTAL</i> | 780,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES

Identité Bancaire : 022 815 000 065 00 050579 84 63 / SG Salé

Exonéré de la TVA selon le code n° 91 de la C.G.I

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ
DR. A. BENCHEKROUN. M.
12 Rue Khlaifa R'Mel - Salé
Tél : 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax : 05.37.88.07.73

12، زنقة خلافة الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlaifa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr

Docteur A. Hafidi Ep. El Hamiani

Endocrinologies Et Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine
René - Descartes - Paris

Ancien Professeur à la Faculté de
Médecine de Rabat

الدكتورة عائشة مفيدتي الحمياني

أمراض الغدد والأمراض الاستقلابية

خريجة كلية الطب روني - ديكارت
بباريس

أستاذة سابقة بكلية الطب
بالرباط

Rabat, le : 22/2/24

A. Hafidi Ep. El Hamiani
epu El Hamiani

1. Echographie Thyroïde

2. Rx
K

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ
DR. A. BENCHEKROUN. M.
12, Rue Khafa R'mel - Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73

Pr. HAFIDI EL HAMIANI AICHA
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
29, Rue Oued Al Makhazine
Rabat - Tél.: 05 37 67 44 66



IRM 1.5 T - SCANNER 64 COUPES - TOMOSYNTHESE MAMMAIRE - CONE BEAM

3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCANNER - PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERISEE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - BIOPSIE STEREOTAXIQUE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

Salé le, 03/02/2024

Nom Et Prénom : Mme. DIFI EP EL HADDAD MBARKA
N° Patient / N° Dossier : 19199 / 220826
Médecin Traitant : Dr. A. HAFIDI EP EL HAMIANI
Examen(s) Réalisé(s) : Echo-doppler thyroïdien
Renseignements cliniques : Thyroïdectomie totale

RESULTATS :

- Loge de thyroïdectomie gauche libre.
- Individualisation au niveau de la loge de thyroïdectomie droite de deux amas parenchymateux mesurant respectivement 9.5x9.5x8.5mm soit un volume de 0.4ml et 7.5x6.5x10mm soit un volume de 0.25ml d'échostructure iso-échogène homogène avec une vascularisation au doppler couleur.
- Présence d'un amas parenchymateux isthmique inférieur mesurant 13x11x7mm soit un volume de 0.5ml d'échostructure iso-échogène hétérogène s'allumant au doppler couleur.
- Absence d'adénopathie cervicale.
- Glandes parotides et sous-maxillaires d'aspect normal.

CONCLUSION :

- Loge de thyroïdectomie gauche libre.
- Aspect en faveur probablement d'une régénération du tissu thyroïdien droit sans lésion suspecte évidente.
- A confronter au reste du bilan.

Signification des catégories EU-TI-RADS.

| EU-TI-RADS | Signification | Conduite à tenir |
|------------|-------------------------------|---|
| 1 | Examen normal | Absence de surveillance |
| 2 | Bénin | Une surveillance peut être effectuée |
| 3 | Très probablement bénin | < à 20mm : surveillance à 1 an ≥ à 20mm ou progression de 20% du volume ou d'au moins 2mm/ au moins 2 diamètre : Cyto-ponction |
| 4 | Faible Suspicion de Malignité | ≥ à 15mm : Cytoponction. |
| 5 | Forte suspicion de Malignité | Cytoponction : si >10mm ou si <10mm avec augmentation de taille ou juxta capsulaire ou recherche de primitif |

En vous remerciant de votre confiance

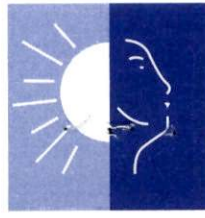
Dr. K. EG

12, Zénqa خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlafa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr



IRM 1.5 T - SCANNER 64 COUPES - TOMOSYNTHESE MAMMAIRE - CONE BEAM

3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCANNER - PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERISEE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - BIOPSIE STEREOTAXIQUE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

Salé le, 03/02/2024

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nom Et Prénom | : Mme. DIFI EP EL HADDAD MBARKA |
| N° Patient / N° Dossier | : 19199 / 220825 |
| Médecin Traitant | : Dr . A. HAFIDI EP EL HAMIANI |
| Examen(s) Réalisé(s) | : RX pulmonaire de face |

Résultat :

- Transparence symétrique des deux hémichamps pulmonaires.
- Absence de lésion pulmonaire d'allure évolutive.
- Absence de signes d'épanchement pleural.
- La silhouette cardio-médiastinale est d'aspect normal.

Conclusion :

- *Radiographie pulmonaire normale.*

En vous remerciant de votre confiance
Dr. K.EG

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ
DR. A. BENCHEKROUN. M.
12, Rue Khlaifa R'Mel - Salé
Tél : 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax : 05.37.88.07.73

12, زقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlaifa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr