

## 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.

N° W19-498238

2226

ND = 22027

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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  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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

DR BRAHIM EL WAIFI  
Specialiste en O.R.L.  
Espace Errada 52 Bd Zarkounia 1er Etage  
( Face Marché aux Fleurs ) - Casablanca  
Tél : 0522 22 61 17 / 0522 22 12 44

20 FEV. 2020

MUPRAS

ACCUEIL

## **RELEVE 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
06-11-19	CS		G	INPE 091000319 Dr. Brahim EL WAFI Specialiste en O.R.L Espace Zekrouni 52 Bd Zekrouni 1er Etage Casablanca Téléphone : 0522 47 12 44
01 DEC. 2018	CS		G	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	ESPACE DE LA FICHÉ AUX FLEU Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

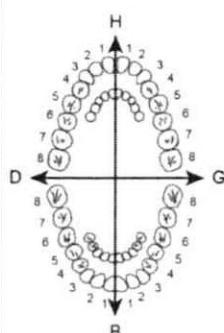
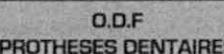
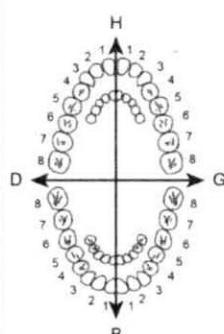
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/12/19	9Ellis Ceucala	400
	19/12/19	P.454	500,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

		COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
		MONTANTS DES SOINS																	
		DEBUT D'EXECUTION																	
		FIN D'EXECUTION																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 	
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> 																	
		<b>DATE DU DEVIS</b> 																	
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

**Docteur Brahim EL WAFI**

**SPECIALISTE EN O.R.L.**

*Maladies et Chirurgies du :*  
*Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou*

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*

*Sur Rendez-Vous*

**الدكتور بraham الوفي**

إختصاصي في أمراض وجرحة  
الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le ..... 10 DEC. 2019 ..... الدار البيضاء، في

- Priere de faire une cytoponction  
de l'ADP duobe superficiel de la  
partie droite chez Mr EL HANZI  
Dr Ahmed,

DR. ALAOUI BOU  
CES d'anatomie normale et pathologique  
de Médecine de la Faculté de  
de l'Hôpital Central Casablanca  
310, Rue Oued Erredha - Casablanca  
Tél.: 0522 445 100 / Fax: 0522 445 230

**Dr. Brahim EL WAFI**  
Specialiste en O.R.L  
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni 1er Etage  
(face Marché aux Fleurs) - Casablanca  
Tél.: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

**Docteur Brahim EL WAFI**

**SPECIALISTE EN O.R.L.**

*Maladies et Chirurgies du :*  
*Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou*

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*

*Sur Rendez-Vous*

**الدكتور بraham الوفي**

إخلاصي في أمراض وجراحة  
الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le ..... 06. DEC. 2019 ..... الدار البيضاء، في

EL HARISSI MY AHMED

masse rétroparotidienne ayant augmenté  
de volume et traité par des antidiétiques  
et a regressé de 50%

- Echographie cervicale



**Dr. Brahim EL WAFI**  
**Specialiste en O.R.L.**

Espace Erreda 52 Bd Zerkouni 1er Etage  
(Face Marché aux Fleurs) - Casablanca  
Tél.: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 19018557 N° Facture : 19018265 Date facturati: 07/12/2019

Nom et prénom du patient : Mr EL HAMZI MOULAY AHMED

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO CERVICALE	1.00	400.00	400.00
Sous-Total			400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams Total : 400.00DH

Adhérent : EL HAMZI MIY AHMED	Part organisme : 0.00 DH
Mle : 02226	Part patient : 400.00 DH
PC N° : 123	



www.anoual.ma | E-mail : anoualte@menara.ma

111, Boulevard Anoual Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 82  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | IEE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 10/12/2019

**Facture N° 200473592**  
**ICE: 001714931000007**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 500,00 DH

CINQ CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 10/12/2019

Pour MR EL HAMZI MOULAY AHMED

Sur ordonnance du DR: EL WAFI B.

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomo Pathologiste et Cytopathologiste  
de Médecine et Cytopathologie  
Ancien Chef du service d'Anatomo Pathologique  
de l'Hôpital Maternité Avicenne  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca 8  
Tél: 0522 445 710 - Fax: 0522 445 230  
Gsm: 0661 32 20 02 - E-mail: dralaoui11@hotmail.com

Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 07 Décembre 2019

**DR. EL WAFI BRAHIM**

**MR. EL HAMZI MOULAY AHMED**

### **COMPTE RENDU**

#### **ECHOGRAPHIE CERVICALE :**

- Glande thyroïde discrètement augmenté de volume au dépens de son lobe droit, mesurant :
  - A droite : 25 x 18 x 55mm, soit un volume de 13,7cm<sup>3</sup>.
  - A gauche : 21 x 17 x 49mm, soit un volume de 9,8cm<sup>3</sup>.
- Elle est de contours réguliers, d'échostructure homogène, normo-vascularisée au doppler couleur, siège d'un nodule unique spongiforme, médiolobaire et postérieur gauche, mesurant 4,5 x 3mm, classé EU-TIRADS 2.
- Axe vasculaire perméable.
- Glandes sous maxillaires d'échostructure normale.
- Absence d'adénopathie cervicale, de taille significative.
- L'exploration du lobe superficiel de la parotide gauche retrouve deux adénopathies nécrosées, de contours réguliers, dont le hile échogène s'allume au doppler couleur, mesurant 10 x 7mm et 28 x 10mm.
- Absence d'adénopathie des chaînes ganglionnaires cervicales gauches de taille significative.
- Absence de collection cervicale profonde.

#### **Conclusion :**

- Discret goitre lobaire droit, avec mise en évidence d'un nodule spongiforme gauche classé EU-TIRADS 2.
- Aspect échographique d'adénopathie du lobe superficiel de la parotide gauche, d'allure infectieuse, à confronter au reste du bilan biologique.

**DR SAHEL ZINEB**



www.anoualtel.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93

# Laboratoire de Pathologie

Dr. Alaoui Bouhamid

Anatomo - Cytopathologique

Casablanca, le 10/12/2019

Nom et prénom: MR EL HAMZI MOULAY AHMED

Sur ordonnance du Dr: EL WAFI B.

N° d'anapath: 177AHB1219

Parvenu au laboratoire le 10/12/2019

Organe ou siège du prélèvement: Région parotidienne gauche

Renseignements cliniques: Age: 64 ans  
Adénopathie

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Nature du prélèvement : Cytoponction de l'adénopathie parotidienne gauche

Technique : Etalements

Microscopie : Fond séro-hématique focalement nécrotique eosinophile

Population cellulaire inflammatoire polymorphe

- Polynucléaires neutrophiles plus ou moins altérés

- Lympho-plasmocytes matures

- Histiocytes prenant parfois l'allure de cellules épithélioïdes

Absence en tout cas de cellule suspecte

Conclusion : Cytologie compatible avec une tuberculose ganglionnaire cervicale évolutive

Absence en tout cas de cellule suspecte

Deux éventuels contrôles cytologiques sont prévus à 1 mois et 2 mois après le

début de traitement

Ils sont pris en charge par le laboratoire

DR ALAOUI  
CLS d'Anatomo  
Cytopathologique