

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 : N° S19-0001845

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23965**

Matricule : **21181** Société : **RAM**

- ☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **M^{me} ISSAAD NAJIA** Date de naissance : **01/05/1957**

Adresse : **Rue 6 N° 72, Hay Attadamoun - CHERAM OUL FA**

Tél. : **06 36 75 53 03** Total des frais engagés : **42,10 DH + visite Dhs 200,00**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amine SAÏDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Lab. 3005 GH 25 A Apt.
Fin. 3005 GH 25 A - CAS

Date de consultation : **7/12/09**

Nom et prénom du malade : **Issaad Najia** Age :

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

Nature de la maladie : **affection ORL**

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) : **Issaad**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0001845

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
7/1/20			2000/	Dr. Amine S. S. Spécialiste en Stomatologie Cabinet de Stomatologie 10, rue de la Liberté, 2000 Tél : 05 22 90 10 10 Fax : 05 22 90 10 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

5557, rue 7 AZAHANE
 CASABLANCA 2003
 Tél : 05 22 93 26 80
 Pharmacie de Bien-être
 10, rue de la Liberté, 2000
 Tél : 05 22 90 10 10 Fax : 05 22 90 10 10

07-01-2020

42.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

04-02-2020

2
30

306,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

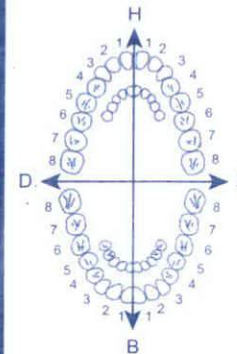
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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

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

[Création, remont, adjonction]

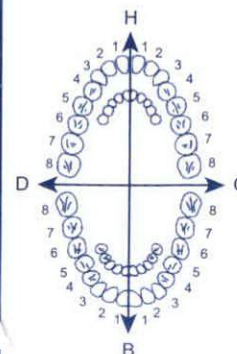
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL
et en Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعيدي

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه و العنق
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le 7/01/20 في الدار البيضاء،

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

Isaïd Agiz

ANTIBIO SYNALAR
19.40
1

19.40

Antibio - Synalar

22.70
PHARMACIE LE BIEN-ÊTRE
Mme. Houda KEROUANE
55/57 Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 022.93.26.80

LOT : 22.70
PER :
PPV : 1

Tagatene

42.10

PHARMACIE LE BIEN-ÊTRE
Mme. Houda KEROUANE
55/57 Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 022.93.26.80

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL
et en Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعيدي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف والحنجرة
جراحة الوجه و العنق
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le 7/1/20 في الدار البيضاء،

*Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico - Faciale
Lot Firdaous GH25 A Appt 1 Oulfa - Cas*

*Enchophone Cervicale
Acouphone Dalcini*

*RADIOLOGIE HAY MASSANI ALI
Immeuble Commercial Route
Route d'Azam 1005 22 90 07 09 - Cas
Tel.: 05 22 90 68 94 Fax: 05 22 93 31 79*

*Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico - Faciale
Lot Firdaous GH25 A Appt 1 Oulfa - Cas*

Casablanca, le 07/02/2020

IF : 2221555

Facture N° 505/02/2020

Nom patient : ISAAD NAJIA

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE CERVICALE

Date Examen(s) : 04/02/2020

Montant : 300 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :**

TROIS CENTS DIRHAMS

10, Imm. Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

04/02/2020

PATIENT : Mme.ISAAD NAJIA
MEDECIN TRAITANT : DR AMINE SAIDI
EXAMEN(s) REALISE(s) : ECHOGRAPHIE CERVICALE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

ECHOGRAPHIE CERVICALE

- Glande thyroïde discrètement hypertrophiée, mesurant:

	<u>Lobe droit</u>	<u>Lobe gauche</u>
Longueur	56,25mm	54,79mm
Largeur	19,40mm	20,66mm
Epaisseur	17,68mm	16,34mm
Volume	9,97ml (normal=4 à 10ml)	9,68ml (normal=4 à 10ml)
Le volume glandulaire global est évalué à 20,65ml.		

- La glande est de contours réguliers, d'échostructure échogène, normalement vascularisée, siège de quelques nodules tissulaires isoéchogènes pour la plupart, classés EU TI-RADS 3.
- **Lobe droit**
Un nodule dominant basi lobaire postérieur, ovale et circonscrit de 11,21mm x 11,09mm x 7,10mm de diamètres, soit un volume de 0,46ml, isoéchogène, siège d'une discrète composante marginale finement hypoéchogène, avasculaire, classé EU TI-RADS 4.
- **Lobe gauche**
Agglomérat nodulaire basi lobaire de 24,46mm x 8,19mm de diamètres fait de nodules isoéchogènes et faiblement hypoéchogènes classés EU TI-RADS 3 et EU TI-RADS 4, ne dépassant pas 15mm de diamètre.



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

- Absence d'adénomégalie latéro cervicale.
- Axes jugulo-carotidiens libres.

AU TOTAL

Petit Goitre nodulaire.

Les nodules sont classés EU TI-RADS 3 et EU TI-RADS 4.

Contrôle échographique de l'ensemble des nodules.

SCORE EU TI-RADS (Thyroid Imagin Reporting And Database System)

Recommandation EU TI-RADS	Score EU TI-RADS	Signification	Risque malignité versus histologie en %
	1	Examen normal	Risque 0 - arrêt des échographies
R 2	2	bénin	Risque ≈ 0 - Surveillance clinique +/- cytoponction évacuatrice de kyste si compressif
R3	3	Risque faible	Risque 2% à 4% - Surveillance échographique. Cytoponction si $>20\text{mm}$ - \approx microbiopsie
R4	4	Risque intermédiaire	Risque 6% à 17% - cytoponction si $>15\text{mm}$
R5	5	Risque élevé	Risque 26% - 87% - cytoponction si $>10\text{mm}$
Adénopathie			Biopsie ou cytoponction obligatoire avec dosage de TG insitu

Confraternellement

DR O. ALAMI

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble communal Route
Route d'Azemmour - Sidi Abderrahmane - Cas
Tél.: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax: 05 22 93 37 13
Fax: 05 22 93 37 13