

## RÉCOMMANDATIONS 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-629312

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12541 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAIDA SOUFIANE

Date de naissance : 01-01-86

Adresse : Apt 7 Pmmc Res les champs 3 Bnngassin  
CHSD

Tél. : 666616742

Total des frais engagés :

800

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Siham IDRISSE ABULHADI  
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition - Obésité  
Etape 1 - 2

Date de consultation : 03/05/2024

Nom et prénom du malade : Baida Soufiane

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète Hygiène insuffisante

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 : CHSD

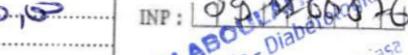
Le : 03/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

ACCUEIL  
02 JUN 2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03/05/2024	C <sub>2</sub>		300,00	INP : 09 11 66 876 

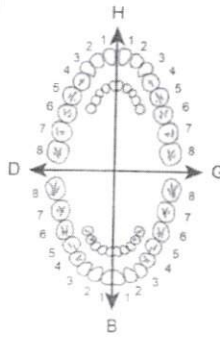
[illegible]

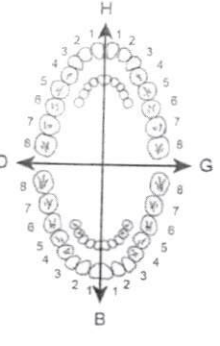
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Centre de Radiologie du Oulua</p> <p>Bd Ouy Rahm - Route N° 2</p> <p>Casablanca - 20250</p> <p>Tel 05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 50</p>	03/05	Fiche CERH H/R/1015	500,00

[illegible]

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

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	INP : <table style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">21433552 00000000</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 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>{Création, remont, adjonction}</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur SIHAM IDRISSE ABOULAHJOUL

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
et Maladies Métaboliques

Diplômée de Paris:

Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Endocrinologie et Métabolisme

Diplôme de Thyroïdologie

Diplôme de Nutrition et Diététique

Capacité de traitement par pompe à insuline, Insulinothérapie fonctionnelle

Diabète - Cholestérol - Hypertension artérielle - Hyper et hypocalcémie

Hormones - troubles et retard de croissance et de puberté

Thyroïde - Goitre - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreux

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

## الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجول

إختصاصية في علم الغدد، وداء السكري  
وأعراض الأيض

حاصلة من كلية الطب بباريس على:

دبلوم التخصص الطبي في علم الغدد وأمراض الأيض

دبلوم في علم الغدة الدرقية

دبلوم في علم التغذية

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليسترول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - النخامية - الكظرية

اضطرابات الحيض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - النحافة

المشورة الغذائية: للبناء الحوامل، الرياضيين

Casablanca, Le 03/05/2021  
MR. BAJDA SOUFIANE

ECHOGRAPHIE CERVICO-THYROIDIENNE

Dr. Siham IDRISSE ABOULAHJOUL  
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition - Obésité  
49, Avenue 2 Mars et Victor Hugo - 2<sup>ème</sup> Etage  
Tél: 05 22 22 22 41 / Fax: 05 22 22 44 48

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd Oum Raddi - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20720  
Tel: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 96

49, Avenue 2 Mars (angle Victor Hugo)- Immeuble les Roseaux - 2ème étage, N°8 (près du Lycée Mohammed V) - Casablanca

E-mail : dr.sihamidrissi@gmail.com البيضاء (قرب ثانوية محمد الخامس) - الطابق 2 رقم 8

Tél.: (+212) 5 222 222 41 - GSM : (+212) 6 15 53 74 27 - Fax : (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA



مركز الفحص بالأشعة  
الألفة

**Docteur Fatiha LASRI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 03/05/2021

PATIENT : **BAJDA SOUFIANE**  
MEDECIN TRAITANT : **DR. IDRISSE ABOULAHJOUL SIHAM**  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **ECHOGRAPHIE CERVICO-THYROIDIENNE**

## Examen comparatif avec celui du 18/06/2020 :

- Glande thyroïde augmentée de volume, de contours réguliers.
- Présence au niveau du lobe droit de deux micro-nodules hypoéchogènes non classables mesurant 3mm chacun.
- Présence au niveau du lobe gauche pôle inférieur d'un nodule mesurant 8x5mm, siège de kystisation et une composante échogène avec vascularisation périphérique, classé EU-TIRADS 3.

**Lobe droit** = 11 cc (normal = 4 à 10cc).

**Lobe gauche** = 11 cc (normal = 4 à 10cc).

**Isthme** = 3mm (normal < à 5).

- Glandes salivaires sub mandibulaires et parotides sont de taille normale, d'échostructure homogène.
- Absence d'adénopathie cervicale de taille significative.
- Axes vasculaires jugulo carotidiens libres.

## Conclusion :

- Petit goitre de type hyperplasique.
- Petit nodule lobaire gauche de 8mm classé EU-TIRADS 3.
- Trois micro-nodules droits non classables dans la classification EU-TIRADS.
- Aspect inchangé depuis le 18/06/2020.

SCORE EU-TIRADS (European Thyroid Imaging Reporting And Database System)

Score EU-TIRADS	Signification	Risque de malignité et C.A.T (%)
1	Examen normal	Risque 0 - Arrêt des échographies
2	Constantement bénin	Risque 0 - Surveillance clinique. +/- cytoponction évacuatrice de kyste si compressif
3	Très probablement bénin	Risque 2 à 4% - Surveillance échographique. Cytoponction si > 20mm - Micro-biopsie
4	Faible suspicion de malignité	Risque 6 à 17% - Cytoponction si > 15mm
5	Forte suspicion de malignité	Risque 26 à 87% - Cytoponction si > 10mm
ADENOPATHIE		Biopsie ou cytoponction obligatoire avec dosage de TG iusitu.

Confraternellement

DR. SANDI SALMA

I.S

Bd. Oued Oum Rabin, Rue 50, N°2 - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 04 93 - 05 22 93 05 93 - Fax : 05 22 93 56 37 - E-mail : cro.radiologie.oulfa@gmail.com

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

**Docteur Bouchaib ELMDARI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 03/05/2021

**FACTURE N°03922/2021**

**NOM & PRENOM: BAJDA SOUFIANE**

EXAMEN	MONTANT
ECHOGRAPHIE CERVICO- THYROIDIENNE	500 DH
TOTAL	500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :CINQ CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 56 3

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca

Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00

Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057

E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)