

## **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 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° W21-629312

78893

7283

**Maladie**

**Dentaire**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12541

Société : R.A.M.

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : BAJDA SOUZIANE

Date de naissance : 01-01-86

Adresse : Apt 7 Pmme Res les champs 3 Onassim CNSD

Tél. : 0666167142

Total des frais engagés : 800 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. Siham IDRISI ABDELLAH  
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition - Obésité

Date de consultation : 03/05/2021

Nom et prénom du malade : Bajda Souziane

Age:

Lien de parenté :

**Conjoint**

Nature de la maladie :

**Enfant**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

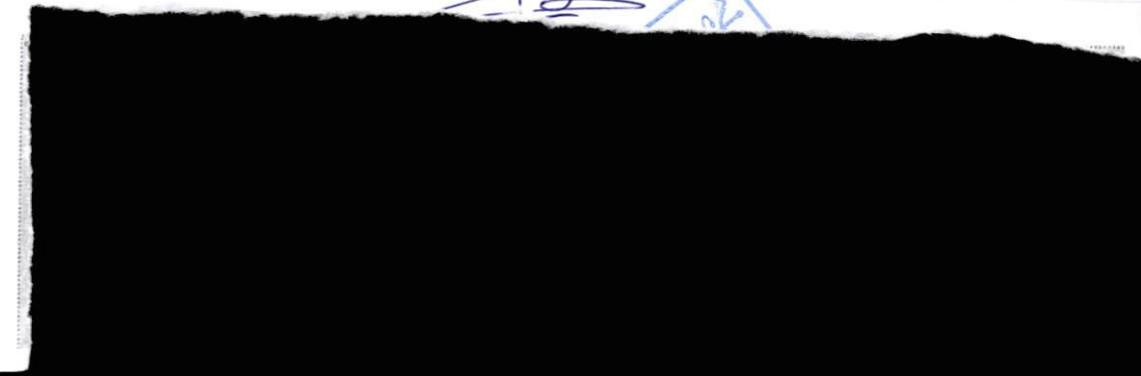
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : C.R.C.A

Le : 03/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
03/10/2022	C2		300,00	INP : 094466976 Signature : DR ISSA ABOU Liste : Endocrinologie - Diabète Nutrition - Obésité Docteur Hugo - 2 <sup>e</sup> Etage N° 3152 Fax: 05 22 30 00 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie Bd Oum Farouk - Rue 22 Casablanca - 20226 05.22.93 04.93 - Fax 05.22.93	03/03/2003	ECO CERV RAY RTG	500.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												



# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA



مركز الفحص بالأشعة  
الульفية

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

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

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

**Dr Bouchaïb EL MDARI**

Médecin Radiologue

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

- 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. IDRISI ABOULAHJOU L 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 < 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	Constamment bénin	Risque= 0 - Surveillance clinique. +/- cytoponction évacuateuse 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 Biopsie ou cytoponction obligatoire avec dosage de TG insitu.
ADENOPATHIE		

**Confraternellement**

**DR. SANDI SALMA**

Dr. Salma SANDI  
Radiologue

I.S

Bd. Oued Oum Rabij, 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  
Bd. Oum Rabij - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 56 37

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nanc

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 03/05/2021

## FACTURE N°03922/2021

NOM & PRENOM: BAJDA SOUIANE

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. Oued Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
tel 0522 93 04 93 - Fax 0522 93 563

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 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)