

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**Biologie 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**

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0055543

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5083 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHEFRIE ALANI Née BENABDELKRIM  
 Date de naissance : 12.07.61  
 Adresse : 137 Rue Abougha HAY HOUA  
 Tél. : 06 61 18849 Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 26.10.2019  
 Nom et prénom du malade : CHEFRIE ALANI Née Age 1961  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Thyroïde - Hyperthyroïdisme (concomitant)  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : # chol myose  
 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) :

Autorisation CNDP N° : CA-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
16.10.21	G	-	2	Dr. A. SABL C.A.D. Telle
28.10.21	G	1	250,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LAHAJMA Nadia ZEMZEM Avenue du Phare, Résidence Taqnaouzi Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67	20 oct 21	1118,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RADIOLOGE HAY HAJAR 10, Immeuble Commercial, Résidence ZEMZEM et Du Sidi Abderrahmane - Casablanca Tél.: 05 22 56 10 / 05 22 90 07 07	26.10.21	2 30	300,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

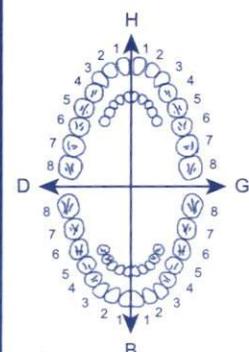
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

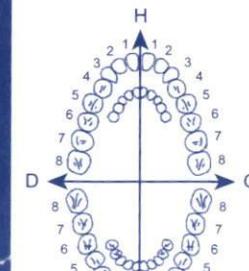
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	Coefficient DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M<sup>me</sup> CHEUF ALAMI Nadia

Casablanca, le : 28/10/21

146,40  
 (4,40 x 6) LEVOTHYROX 100 1 le matin - 5 jours / 7  
 6,80 x 3 " 50 1cp<sup>1/2</sup> (=75) - 2 jours / 4  
 le soir  
 20,80 x 2 glucoptage 500 1 le soir  
 295 x 2) 500 Peralys 1 le soir / au repas.  
 49,60 D'usage totale 1 dose ts les 2 mois  
 131,90 CANAFUCAN 150 1 gelule per  
 121,90 semaine - jusqu'à guérison ongle  
 132,30 AUGMENTIN 4g - 500. 2x2, 8g

PHARMACIE ENMADARA  
 Casablanca - Tél: 05 22 20 48 67  
 Avenue Mohammed VI  
 Casablanca

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle  
 ENDOCRINOLOGUE  
 119, Bd. Bir Anzarane  
 Maârif - CASABLANCA



les buvables  
 PV: 49,60 DH  
 LOT: 20J26  
 EXP: 10/2023



119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء  
 الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53  
 119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA  
 Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021



32 Comprimés = 16 Prises

500mg/62,50mg  
Comprimé

ADULTE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN** 500mg/62,50mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة  
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH

LOT: 644069

PCP: 12/21

وكس قرص

ت تأخذ منذ  
رية التي يتم  
قد تؤثر على

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

عن ليفوثيروكس ( أكثر من 2 ساعة

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

حسن ال -

إن امحد) الأدوية التالية:

•الأدوية عن طريق الفم قد تحتوي على أملاح الحديد، الكالسيوم،  
•الأدوية لعلاج اضطرابات الجهاز الهضمي ( راتنجات التبادل  
الأيوني، سوكرالفات، الموضعي المعدي - المعوي، مضادات  
الحموضة و الممتصات)،  
•سيفيلامير، دواء يستخدم لمنع فرط في كمية الفوسفور في الدم  
عند مريض غسيل الكلى

المراقبة السريرية و البيولوجية و التكيف لجرعة العلاج قد

تؤثر على

# PREVALYS

Maintenir un taux normal de cholestérol dans le sang

PPC : 295,00 DHS

PPC : 295,00 DHS

30 sachets  
Poids net : 90 g

54293 DARMSTADT  
Allemagne



6 118001 102020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

Composition:

Lévothyroxine sodique (DCI) 100,00 µg  
Excipient q.s. ...pour un comprimé sécable  
Excipient à effet notoire : lactose.  
AMM MAROC N°: 288/19 DMP 21/NR(

**Levothyrox® 100 µg**  
comprimé sécable



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

اقرأ النشرة قبل الإستعمال  
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال  
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

ميكروغرام

ك.ك.ك.لقرص قابل للكسر

سواغات :  
سواغ ذو تأثير معروف : لانتوز

التركيب:

ليونوبوكسين سودي DCI

ميكروغرام

Casablanca, le 26/10/2021

Facture N° 3532/10/2021

Nom patient : BENABDELKRIM EL FILALI NADIA

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Date Examen(s) : 26/10/2021

Montant : 300 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
TROIS CENTS DIRHAMS

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
ANFA  
10, Imm. Communale Route d'Azemmour  
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 26 10 20

pour M. CHERIF ALAMI Nadia

Echographie thyroïdienne

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
Maarif

10, Imm. Communal F. de Azammour  
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maarif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maarif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 00163416900021



*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

Casablanca, le 26/10/2021

PATIENT : Mme. BENABDELKRIM EL FILALI NADIA  
MEDECIN TRAITANT : DR CARIOU BELQADI JOELLE  
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Cher Docteur,

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

### ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

✓ La glande thyroïde est hypoéchogène, siège de quelques microkystes. Elle est faiblement vascularisée au doppler couleur.

✓ Le lobe droit mesure :

29,03mm de longueur.

6,53mm d'épaisseur.

11,13mm de diamètre transverse.

Soit un volume de 1,10ml (normal=4 à 10ml)

Absence de nodule.

✓ Le lobe gauche mesure :

35,57mm de longueur

4,03mm d'épaisseur

8,60ml de diamètre transverse.

Soit un volume de 0,65ml (normal=4 à 10ml)

Absence de nodule.

✓ Les glandes sub mandibulaires sont normales.

✓ Les vaisseaux jugulo-carotidiens sont libres et en place.

✓ Absence d'adénomégalie cervicale.

### AU TOTAL

Thyroïde de très petit volume, en faveur d'une dysthyroidie.

### 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
R2	2	bénin	Risque ≈ 0 - Surveillance clinique +/-cytoponction évacuatrice de kyste si compressif
R3	3	Risque faible	Risque 2% à 4%- Surveillance échographique. Cytoponction si >20mm- ≈ microbiopsie
R4	4	Risque intermédiaire	Risque 6% à 17%- cytoponction si >15mm
R5	5	Risque élevé	Risque 26% - 87%- cytoponction si >10mm
Adénopathie			Biopsie ou cytoponction obligatoire avec dosage de TG insitu

Confraternellement

DR N. FARIS