

# 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.

## 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.

## Éducation :

- 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.

## Prothèse :

- 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

- Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prendre en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 003444

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAISSA AHMED

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : habituelle

Tél. : 0671927004

Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/4/2022

Nom et prénom du malade : Benaiissa Ahmed Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 30100 Maladies vasculaires

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : .....

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) : .....

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
19-4-2022	Contrôle	1		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

25/4/22 Vs. Son Dns

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

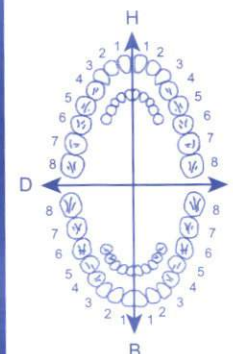
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

## 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Radiologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 25/04/2022

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalisé(s)

BENAISSA AHMED  
DR SLAOUI DIOURI ZINEB  
ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE.

### Résultat :

La thyroïde est de taille normale, mesurant :

- Lobe droit : 46 x 21 x 21 mm : vol 9,55 cm<sup>3</sup>.
- Lobe gauche : 48 x 18 x 15 mm : vol 6,29 cm<sup>3</sup>.
- Isthme : 3 mm.

Soit un volume de 15,84 cm<sup>3</sup>.

Les contours glandulaires sont bien définis.

Le parenchyme présente une échogénicité normale, supérieure à celle des structures musculaires environnantes.

On individualise plusieurs nodules bilatéraux, dont les plus volumineux sont répartis comme suit :

#### Lobe droit :

Région médio-lobaire : nodule grossièrement arrondi, de contours bosselés par endroit, d'échostructure isoéchogène, siège de quelques zones modérément hypo-échogènes, à vascularisation périphérique avec pénétration interne, mesurant 15 x 13 x 12 mm (vol 1,20 cm<sup>3</sup>) : Eu-TIRADS 4.

Région médio-lobaire externe : nodule ovalaire de contours nets, d'échostructure isoéchogène, siège de quelques zones liquidiennes, mesurant 6 x 7 x 10 mm (vol 0,22 cm<sup>3</sup>) : Eu-TIRADS 3.

Région polaire inférieure : nodule ovalaire, de contours nets, d'échostructure isoéchogène, mesurant 6 x 4 x 5 mm (vol 0,05 cm<sup>3</sup>) : Eu-TIRADS 3.

Macrocalcification polaire inférieure droite, mesurant 4 mm.

#### Lobe gauche :

Région polaire supérieure : nodule ovalaire, de contours nets, d'échostructure isoéchogène, siège de quelques zones liquidiennes, mesurant 10 x 7 x 7 mm (vol 0,22 cm<sup>3</sup>) : Eu-TIRADS 3.

Région médio-lobaire : nodule ovalaire, de contours nets, d'échostructure isoéchogène, mesurant 5 x 4 x 6 mm (vol 0,05 cm<sup>3</sup>) : Eu-TIRADS 3.

Région médio-lobaire : nodule ovalaire, de contours nets, d'échostructure similaire, mesurant 4 x 3 x 7 mm (vol 0,04 cm<sup>3</sup>) : Eu-TIRADS 3.

1/2

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthese - Senologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Absence d'adénomégalie cervicale.

Glandes parotides et sub-mandibulaires d'aspect normal.

Au total :

Glande thyroïde de volume et d'échogénicité normaux, normoperfusée au doppler couleur, siège de nodules thyroïdiens bilatéraux classés

Eu-TIRADS 3.

Nodule médio-lobaire droit classé Eu-TIRADS 4, nécessitant une confrontation aux données d'une cytoponction.

En vous remerciant de votre confiance

DR.H.AMRANI MIKOU

DR. HOURIYA AMRANI MIKOU  
RADIOLOGUE - SENOLOGUE  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca  
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

2/2



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yashmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 25/04/2022

FACTURE N° : FA:00 3904/22  
Nom : BENAÏSSA AHMED

Arrêtée la présente facture à la somme de : 500,00 Dhs

**CINQ CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE. 500,00 Dhs

Total de : 500,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
400. Bd Brahim Roudani - Maârif  
Tél: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
0522 25 13 07 / 0522 23 50 68

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L.** au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
بالموعد

Casablanca, le : 19/4/2022 : الدار البيضاء، في :

NR Benaïssa Ahmed

Cote aducteur  
Nodule prédominant polaire  
ECHOGRAPHIE  
Thyroïdienne  
TIRAS 4.

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa  
Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75  
INPR: 001697433000063

CENTRE DE RADIOLOGIE  
400, Bd El Rahim Roumani - Marrakech  
Tél: 0522 20 23 45 / 05 22 48 27 75  
Fax: 05 22 23 50 68  
e-mail: r.roumani@mor.ma