

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 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

M22- N° 000300

☒ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3212 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : GHAYA OURIAGHLI JAMAL - EADUS
 Date de naissance : 19/08/58
 Adresse : TANGER
 Tél. : 0622764300 Total des frais engagés : 7000.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 20/09/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie pulmonaire

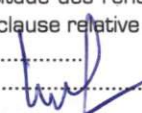
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

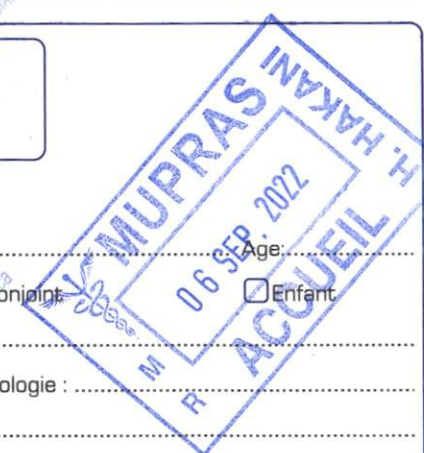
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa le 19/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 26/09/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20.01.92 | C | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Rachid A. Mou Méd. Spécialité d'Ortodontologie Centre International d'Ortodontologie de Casablanca Tél : 212 03 10 83 92 83 INPE : 071007250 | 01/09/92 | Ret-S. can an 18000 | 7000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

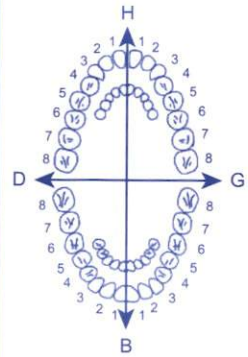
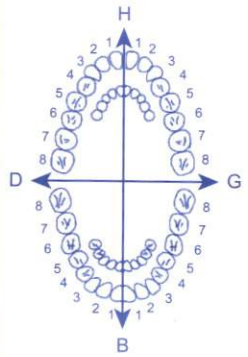
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

29/07/2022

30/05/2022

MR. GHAYAYA JAMAL EDDINE

TEP-SCANNER au 18FDG corps entier

bilan d'évaluation de neoplasie pulmonaire operée et 3e nodule non operé irradiée en stereo

Dr. Rachida MAQUIN
Médecin Nucléaire
Centre International d'Oncologie
Casablanca
Tél : 212 05 10 83 92 93
N°PE : 071007200

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 01-09-2022

Facture N° 24015/22

A. Identification

N° Dossier : COC22I01084115

N° Identifiant : 024651

Nom & M. GHAYAYA OURIAGHLI JAMAL

Prénom : EDDINE

C.I.N : K85863

Adresse : TANGER

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 01-09-2022

Date Sortie : 01-09-2022

Médecin traitant : DR. AAOUINI RACHIDA

Traitement : PET SCAN

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|--|--------------|-------------|----------|------|------|------------------------|
| INTERVENTION | | | | | | |
| 1 | PET SCAN FDG | | 7 000,00 | | | 7 000,00 |
| Total Rubrique : | | | | | | 7 000,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | 7 000,00 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 0,00 |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | TOTAL GENERAL 7 000,00 |

SEPT MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

| Modalité de paiement | Ref Cheque | Montant | Solde |
|----------------------|------------|-------------|---------|
| VIREMENT | | 2 000,00 Dh | 0,00 Dh |
| TPE | | 4 000,00 Dh | |
| TPE | | 1 000,00 Dh | |

Le Centre International d'Oncologie
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes
Casablanca Tél: 0522 77 81 81 Fax: 0522 99 65 74
Médecine Nucléaire

• PET SCAN • IRATHERAPIE • THERAPIE AMBULATOIRE A L'IODE 131 DES HYPERTHYROIDIES • SCINTIGRAPHIE OSSEUSE • SCINTIGRAPHIE THYROIDIENNE • LYMPHOSCINTIGRAPHIE
• SCINTIGRAPHIE RENALE DYNAMIQUE AU DTPA99-mTc • SCINTIGRAPHIE RENALE DYNAMIQUE AU MAG99-3mTc • SCINTIGRAPHIE RENALE AU DMSA99-mTc • SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE
• SCINTIGRAPHIE PULMONAIRE • SCINTIGRAPHIE PARATHYROIDIENNE • SCINTIGRAPHIE A LA MIBG • SCINTIGRAPHIE CORPS ENTIER A L'IODE 131
• FRACTION D'EJECTION VENTRICULOGRAPHIE ISOTOPIQUE • OCTREOSCAN • DETECTION GANGLION SENTINELLE

Casablanca, le 01/09/2022

| | |
|------------------|----------------------------------|
| Nom et Prénom | M. GHYAYA OURIAGHLI JAMAL EDDINE |
| DDN | 19/08/1954 |
| Référence | 7423010922 |
| Médecin Traitant | Dr. MAMOU NAOUFAL |

TEP-TDM AU ¹⁸F-FDG

Contexte clinique : Bilan d'évaluation d'une néoplasie pulmonaire opérée le 23 mars 2022 puis radiothérapie (dernière cure le 25/04/2022), persistance d'un foyer apical gauche douteux sur le PET scan du 30/05/2022 (post-radique ? tumoral actif ?)

Technique :

Examen réalisé avec une machine TEP-TDM Siemens « **Biograph Horizon** » mise en marche en Avril 2019. Acquisition d'un balayage corps entier 100 minutes après injection intraveineuse d'une activité de 285 MBq de ¹⁸F-FDG couplé à un scanner pour correction de l'atténuation et repérage anatomique.

Poids : 84 Kg

Glycémie à jeûn : 1.02 g/l

DLP : 1780 mGy.cm

CTDI : 9.87 mGy

Résultats : Comparativement au scanner dosimétrique du 11/04/2022 et au PET scan du 30/05/2022:

Nette réponse morpho-métabolique du nodule pulmonaire apical gauche résiduel documenté sur le PET scan du 30/05/2022 après segmentectomie apicale, peu dense sur l'examen de ce jour mesurant 6 x 6 mm versus 12 x 10 mm sur le scanner dosimétrique du 11/04/2022, de SUVmax à 5.9 vs 13.2.

Attraction et épaississement de la coiffe pleurale apicale homolatérale.

Absence de nouveau foyer hypermétabolique pulmonaire.

Absence d'apparition d'hypermétabolisme suspect au niveau des aires ganglionnaires médiastinales et axillaires.

Formation nodulaire des tissus sous-cutanés para-vertébraux droits mesurant 23 x 26 mm (-70 UH) sans traduction métabolique, stable, compatible avec un lipome.

A l'étage abdomino-pelvien :

Absence d'hypermétabolisme suspect au niveau des parenchymes hépatique (SUV max à 2,9), splénique et pancréatique.

Absence d'apparition d'hypermétabolisme suspect au niveau des glandes surrénales et au niveau des aires ganglionnaires abdominales et pelviennes.

Renforcement de l'activité métabolique colique gauche et rectale d'allure fonctionnelle.

Sur le plan ostéo-médullaire :

Absence d'apparition d'hypermétabolisme ostéo-médullaire suspect au niveau de l'ensemble du squelette.

Lacune millimétrique stable du plateau vertébral supérieur de L4 de contours sclérotiques sans traduction métabolique, non spécifique.

Conclusion :

Nette réponse morpho-métabolique du nodule pulmonaire apical gauche résiduel documenté sur le PET scan du 30/05/2022 (SUVmax à 5.9 vs 13.2), mesurant 6 x 6 mm versus 12 x 10 mm sur le scanner dosimétrique du 11/04/2022,

Ailleurs, absence de nouveau foyer hypermétabolique suspect notamment pleuro-pulmonaire, ganglionnaire, surrénalien ou osseux.

Merci pour votre confiance
Dr. AAOUINI/RACHIDA

Dr. Rachida AAOUINI
Méd. Intern. Oncologie
Centre International de Cancérologie
Tél : 212 08 40 83 92 93
INPE : 071097230