

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5306 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENZAHRA HAIMA

139488

Date de naissance :

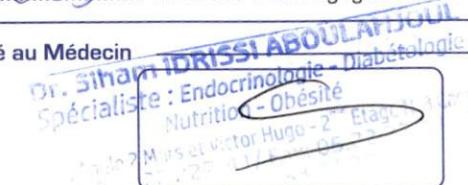
Adresse : El FUE ABOU ABBA El AZFI - CASABLANCA

Télé : 0666491229

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 / 10 / 2021

Nom et prénom du malade : Benzahra Ep. moutaa Age : .....  
Endocrinologist

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

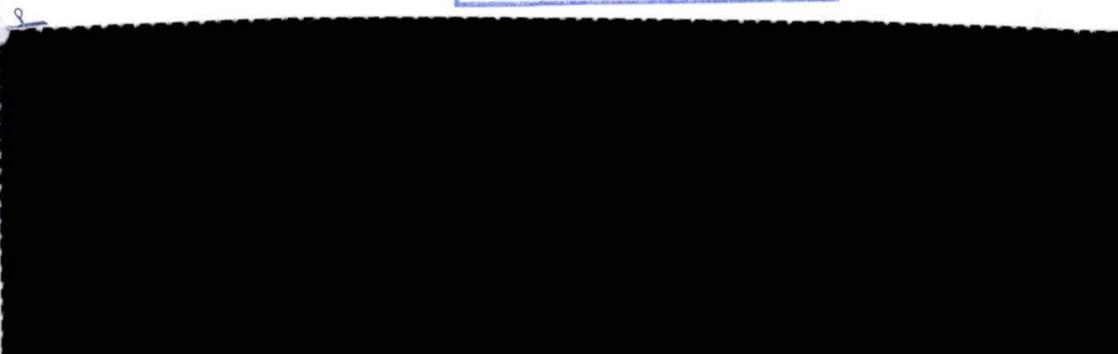
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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.

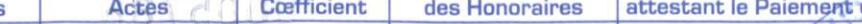
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
06.10.2022	Ca		3000 Frs	 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/10/22	165	500 Kms

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

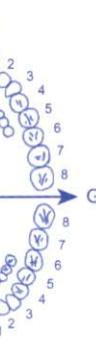
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

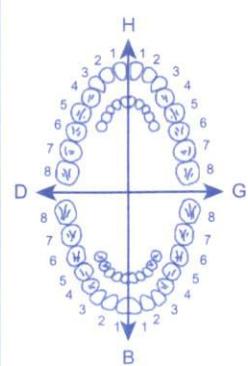
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533414	11432552

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Diplômé 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 - Goître - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreur

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

# الدكتورة سهام الإدريسي أبو لحجلو

اختصاصية في علم الغدد، وداء السكري

وأمراض الأيض

حاصلة من كلية الطب بباريس على :

دبلوم التخصص الطبي في علم الغدد وأمراض الأيض

دبلوم في علم الغدة الدرقية

دبلوم في علم التقنية

قدرة المعالجة بواسطة مضخة الأنسولين

داء السكري - الكوليستيول - ارتفاع ضغط الدم - فرط ونقص

الكالسيوم في الدم - الهرمونات - إضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

الغدة الدرقية - التخامية - الكظرية

إضطرابات المبيض - العقم عند الزوجين

السمنة - الحمية - التناحية

المشورة الغذائية: للنساء الحوامل لكتاب السن والرياضيين

06/01/2022

MME BENZAHRA EP MOUHTADI HALIMA

ECHOGRAPHIE CERVICO-THYROIDIENNE

Spécialiste : Dr SIHAM ABOULAHJOU  
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie  
Spécialiste : Nutrition - Obésité

Centre National de Recherches et de Formation en Médecine et Santé  
Casablanca - Maroc  
Tél. : (+212) 5 222 222 41 - GSM : (+212) 6 15 53 74 27 - Fax : (+212) 5 22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

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

49، شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوكر - الطابق 2 رقم 8 (قرب ثانوية محمد الخامس) - البيضاء

E-mail : dr.sihamidrissi@gmail.com

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

# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی . CRR CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 18/10/2022

FACTURE N° : FA:00 9795/22

Nom : BENZAHRA HALIMA  
EP. MOUHTADI

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

**CINQ CENTS DHS**

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

ECHOGRAPHIE CERVICO-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  
e-mail : roudani.crr@gmail.com

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

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie 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 18/10/2022*

Patient

Médecin traitant

Examen(s) réalisé(s)

**BENZAHRA HALIMA EP. MOUHTADI**

**DR IDRISI ABOULAHJOUL SIHAM**

**ECHOGRAPHIE CERVICO-THYROIDIENNE**

**COMPTE RENDU**

**Résultat :**

*Thyroïde légèrement réduite de volume mesurant :*

*-Lobe droit : 46 x 13 x 16mm (volume 4,5cm<sup>3</sup>)*

*-Lobe gauche : 38 x 12 x 12mm (volume 2,6cm<sup>3</sup>)*

*-Isthme : 2mm.*

*Soit un volume de 6,7 cm<sup>3</sup>*

*Les contours glandulaires sont bien définis.*

*Le parenchyme présente une échogénicité normale supérieure à celle des structures musculaires environnantes siège de quelques rares microkystes.*

*Absence de nodule circonscrit individualisé.*

*Absence d'hyper vascularisation parenchymateuse.*

*Absence d'adénomégalie cervicale.*

*Glandes parotides et sub-mandibulaires d'aspect normal.*

**Au total :**

*Thyroïde légèrement réduite de volume, d'échogénicité normale, normoperfusée au doppler couleur siège de quelques rares microkystes sans nodule circonscrit individualisé.*

*En vous remerciant de votre confiance*

*Dr. Amina MOUFFAK*

*Dr. Amina MOUFFAK  
RADIOLOGUE*