

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



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

196912

Déclaration de Maladie

M23- N° 0032700

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 77715 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MONTAKA NITEBOUCHATO

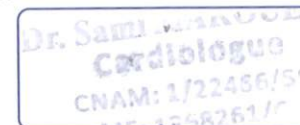
Date de naissance : 21/01/1964

Adresse : TUNIS

Tél. : Total des frais engagés : 437,87 Dinars Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2024

Nom et prénom du malade : 7e ALINA CHAHIR Age: 58 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : chronique

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Trouble du Rythme

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 : TUNIS Le : 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
08/02/24	CS	50		
01/03/24	CS	20		

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
	11/01/24	RAD 0.30060/E10	90,000
	12/01/24	Bq APB	277,879

AUXILIAIRES MEDICAUX

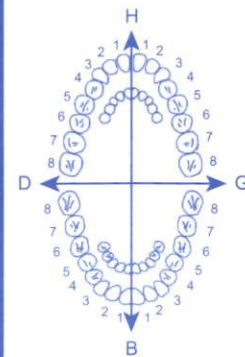
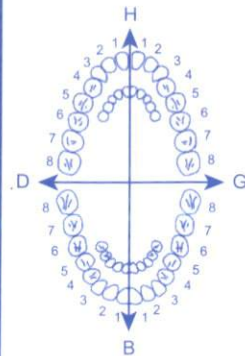
Cachet et signature du Prestataire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 COEFFICIENT 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

MANOUGUI Ilhem

Appart A2 residence les muguet avenue Othmen ibn Affen El menzah 6

MF: 1299301/V/A/P/000

MF: 1299301/V/P/A/000

CNAM : 12038010
MF: 1299301/V/A/P/000

Honoraires

Ariana , le 12/01/2024

Code: 2024-000180 du 12/01/2024

Patient : Mme CHAHIR Amina

Médecin Dr : SAMI MAROUENE

Matricule :

N° Bon de soin :

Analyses		Valeur en B	Montant
BEB000070	Hémogramme	60	20.400
BCB001110	Glycémie à jeûn	15	5.100
BCB001210	Hémoglobine glycosylée (HbA1c)	100	34.000
BCB000630	Cholestérol total	20	6.800
BCB000600	LDL- Cholestérol	30	10.200
BCB002110	Triglycérides	35	11.900
BCB000090	Acide urique	20	6.800
BCB000730	Créatinine	15	5.100
BCB001380	Ionogramme (Electrode spécifique)	100	34.000
BCB002180	TSH-ultrasensible	120	40.800
BCB002130	FT3	120	40.800
BCB002070	FT4	120	40.800

Total B	755	256,700
APB	1.5	3,000
Total HT		259,700
TVA (7%) :18,179	Total TTC	277,879
Total patient		277,879

Reste à payer : 277,879

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : deux cent soixante-dix-sept Dinars et 879 Millimes ***



Patient : Mme Amina CHAHIR

Age : 58 ans

Tunis, le 11/01/2024

Dr. SAMI MAROUENE

ECHOGRAPHIE CERVICALE

- La thyroïde est de taille normale, d'échostructure hétéro-nodulaire.
- On note en effet quelques nodules isoéchogènes hétérogènes bilatéraux sans atypie échographique, de taille infra centimétrique (EU TIRADS3).
- Les mensurations de la glande sont les suivantes :
 - **Le lobe droit** mesure 3.1x2x1.3 cm soit un volume estimé à 4.3 cc
 - **Le lobe gauche** mesure 3.9x1.6x0.9 cm soit un volume estimé à 3cc
 - **L'isthme** mesure 3mm
 - Les nodules principaux présentent les caractéristiques suivantes :

	Siège	Echostructure	Limites / halo	Calcifications	Vascularisation	Grand axe (cm)	Indication de la cytoponction
N1	isthmo Lobaire droit	Isoéchogène hétérogène	-	-	Périphérique	1.5	-

- Absence d'adénopathie d'allure suspecte
- Absence d'anomalie des glandes parotides et submandibulaires

Conclusion

Thyroïde de volume conservé ,hétéro-nodulaire.

Nodule principal isthmo- lobaire droit classé EU TIRADS3.

Bien Cordialement
Dr. Mouna FELLAH

Docteur Sami MAROUENE

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle - Echographie Cardiaque

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire

à la faculté de médecine de Tunis

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور سامي مروان

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

العلاج بالقسطرة - الكشف بالصدى

أستاذ جامعي مساعد سابقا بكلية الطب بتونس

طبيب مختص مباشر سابقا بمستشفيات باريس

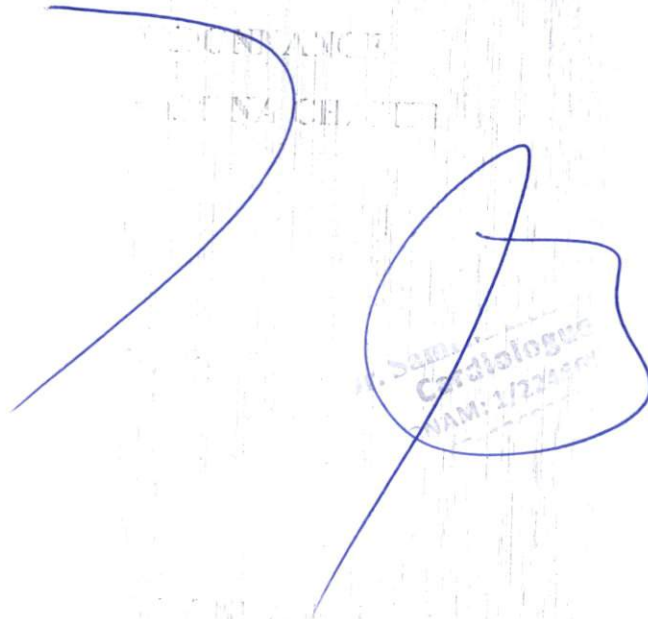
Tunis, le 09/01/2024

ORDONNANCE

Mme AMINA CHAHIR

CINCOR2.5 1-0-0

Traitement de 06 mois renouvelable.


ORDONNANCE
Mme AMINA CHAHIR
Dr. Sami Marouene
Cardiologue
TAM: 1/2/2024



Ariana, le : 12/01/2024

Compte rendu d'analyses

Code Patient : 22-0418



Dossier N° : 2024-000180 Pvt du: 12/01/2024

Nom : Mme CHAHIR Amina

Né(e) le: 02/08/1965

Demandé par Dr : SAMI MAROUENE

Laboratoire certifié ISO 9001 version 2015

Page : 1/3

HÉMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

Hémogramme

Globules rouges	:	4,50 10 ⁶ /mm ³	(4 - 5,4)
Hémoglobine	:	13,20 g/dl	(12 - 16)
Hématocrite	:	38,50 %	(36 - 46)
VGM	:	85,60 µ ³	(77 - 99)
T.C.M.H	:	29,33 picog	(27 - 34)
C.C.M.H	:	34,29 %	(32 - 36)
RDW-SD	:	37,40 fl	(37 - 60)
RDW-CV	:	11,80 %	(11 - 16)

Leucocytes	:	6 470 mm ³	(4000 - 10000)
------------	---	-----------------------	----------------

Formule leucocytaire

PN.Neutrophiles	:	56 % soit 3623,20 /mm ³	(2000 - 7500)
PN.Eosinophiles	:	2,6 % soit 168,22 /mm ³	(Inférieur à 500)
PN.Basophiles	:	0,6 % soit 38,82 /mm ³	(Inférieur à 100)
Lymphocytes	:	32,1 % 2076,87 /mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	8,7 % soit 562,89 /mm ³	(200 - 800)

Plaquettes	:	270 10 ³ /mm ³	(150 - 450)
------------	---	--------------------------------------	-------------

(Technique : Sysmex XN330)

PDW	:	13,50 fl
-----	---	----------



Dossier N° : 2024-000180

Mme CHAHIR Amina

Page : 2/3

BIOCHIMIE CLINIQUE (SANG)

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeûn (Technique : Cobas ROCHE)	: 0,95 g/L 5,27 mmol/L	(0,7 - 1,1) (3,89 - 6,12)	
Hémoglobine glycosylée (HbA1c) (Technique : CLHP (Chromatographie liquide à haute performance))	: 5,30 %	(Inférieur à 6,4)	
Cholestérol total (Technique : Cobas ROCHE)	: 1,79 g/L 4,64 mmol/L	(Inférieur à 2) (Inférieur à 5,2)	
LDL- Cholestérol (Technique : LDL-direct)	: 1,26 g/l	(Inférieur à 1,6)	
Triglycérides (Technique : Cobas ROCHE)	: 0,85 g/L 0,97 mmol/L	(Inférieur à 2) (Inférieur à 2,3)	
Acide urique (Technique : Cobas Roche)	: 45,38 mg/l 270,01 µmol/l	(25 - 60) (148,75 - 357)	
Créatinine (Technique : Cobas ROCHE)	: 5,80 mg/L 51,27 µmol/L	(5 - 9) (44 - 80)	
Ionogramme (Electrode spécifique)			
Sodium	: 144,20 mEq/L	(136 - 148)	
Potassium	: 4,28 mEq/L	(3,5 - 4,9)	
Chlore	: 100,60 mEq/L	(95 - 110)	
(Technique : ISE DIRECT Easylyte)			
Reserve alcaline	: 25,74 mEq/L	(21 - 29)	
Protides totaux	: 74,0 g/l	(57 - 80)	
(Technique : Cobas ROCHE)			



Dossier N° : 2024-000180

Mme CHAHIR Amina

Page : 3/3

HORMONOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

TSH-ultrasensible

: 1,29 μ IU/mL

1,14 (18/01/22)

(Technique : Elfa-VIDAS)

-Euthyroïdie : 0.25 - 5 μ IU/mL-Hyperthyroïdie : < 0.15 μ IU/mL-Hypothyroïdie : > 7 μ IU/mL

FT3

: 5,12 pmol/l

(3 - 9)

4,82 (18/01/22)

(Technique : Elfa-VIDAS)

3,33 pg/ml

(3,5 - 7,5)

FT4

: 19,56 pmol/L

14,61 (18/01/22)

(Technique : Elfa-VIDAS)

-Euthyroïdie : 9.00 à 20.0 pmol/L

-Hyperthyroïdie : > 24.0 pmol/L

-Hypothyroïdie : < 8.00 pmol/L

Nous vous souhaitons un bon rétablissement et nous vous remercions pour votre confiance.

Le Biologiste



Docteur Sami MAROUENE

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle - Echographie Cardiaque

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire
à la faculté de médecine de Tunis

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور سامي مروان

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

العلاج بالقسطرة - الكشف بالصدى

أستاذ جامعي مساعد سابقا بكلية الطب بتونس

طبيب مختص مباشر سابقا بمستشفيات باريس

Tunis, le 09/01/2024

DEMANDE D'ANALYSES

Mme AMINA CHAHIR

A faire à jeun 12H



- NFS + Plaquettes
- Glycémie à jeun □ Hb A1 C
- Créatinine
- Ionogramme sanguin
- CT TG LDL
- Acide urique

- Vitamine D
- TSHus FT3 - FT4



Merci de m'envoyer le résultat par mail marouenesami@gmail.com



Docteur Sami MAROUENE

Cardiologue

Cardiologie Interventionnelle - Echographie Cardiaque

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire
à la faculté de médecine de Tunis

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور سامي مروان

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

العلاج بالقسطرة - الكشف بالصدى

أستاذ جامعي مساعد سابقا بكلية الطب بتونس

طبيب مختص مباشر سابقا بمستشفيات باريس

Tunis, le 09/01/2024

DEMANDE D'ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

Bénéficiaire : Mme AMINA CHAHIR

Date de naissance : 02/08/1965

Renseignements Cliniques :

NODULES A CONTROLER

11/01/24

RAD 300 60: 5 10: 90,000

CENTRE ENNASR DE RADIOLOGIE
42 Bis, Av. Othman Ibn Affan-2037
Menzah 8
Tél : 71 70 70 87 / 71 99 2 851
MF : 9732067/A/M/600

Centre Médical Clinique Les Jasmins : Cabinet N°1 - R.D.C.

Centre Urbain Nord - 1082 Tunis

Tél. : Cabinet. : 71 94 86 46 / 54 05 33 79

Médecin : 28 79 29 79

marouenesami@gmail.com

المركز الطبي مصحة الياسمين : عيادة عدد 1 - الطابق الأرضي

المركز العمراني الشمالي - 1082 تونس

الهاتف : العيادة : 54 05 33 79 / 71 94 86 46

الطبيب : 28 79 29 79

Radiologie Générale et Interventionnelle
Echo-Doppler Couleur - Mammographie
Panoramique Dentaire - IRM
Scanner Multibarettes

التصوير الرقمي والتدخل العملي بالأشعة
تخطيط الصدى - تصوير الثدي - تصوير الأسنان
التشخيص بالرنين المغناطيسي
التشخيص التفرسي

FACTURE



Matricule Fiscal
973206/Y

Fait le : 11/01/2024

Page : 1 de 1

À L'intention de Mme Amina CHAHIR
Dossier n° : 4086/2023
Date Examen : 11/01/2024



D-4086/2023

Code	Acte Médical	Cota	Prix HT
RAD030060	Echographie des parties molles	E10	84.112
Arrêté la présente facture à la somme de : Quatre Vingt Dix Dinars.		TVA %	7.0
		Total HT	84.112
		Total TVA	5.888
		Reliquat	
		Timbre	
		Total Taxes	5.888
		Total Net	90.000

CENTRE ENNASR DE RADIOLOGIE
48 Bis, Av Othman Ibn Affen-2037
Tél: 71 707 087 - GSM: 21 812 851
MF: 973206Y/AMH300

ID: 2024010914431311
Nom: CHAHIR, AMINA
Age:
Sexe: Féminin

2024-01-09 14:43:03

Fréq. Ventricule 64 bpm
Intervalle PR 172 ms
Durée QRS 92 ms
Interv. QT/QTc 392/399 ms
Axes P/QRS/T 42/-39/39 deg

QTc:Hodges

Rythme sinusal
Possible erreur de séquence : V2, V3 exclus
— Interprétation sans connaître l'âge du patient —
Possible bloc fasciculaire antérieur gauche

ECG limite

Diagnostic non confirmé.

