

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

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.

**RAS** : 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° P19-0036029

MP = 24 381

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6540

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELI NAHNA

Date de naissance : 16-02-66

Adresse : AIGUELAN RESCHALAH ZONE 2A

BOUTEILLON IDNA APT 103

Tél. : 06 75 00 71 18 Total des frais engagés : 2050 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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.

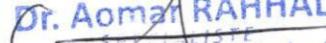
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 10/03/2020

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
27.01.20	CS		200	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>Dr. M. CHIKILI</b> <b>RADIOLOGUE</b>	06/3/20	ES 2-1830 U 10-1830 ES 2-1830 U 10-1830 ES 2-1830 U 10-1830	1600

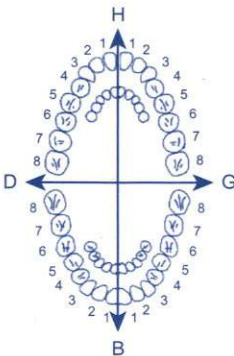
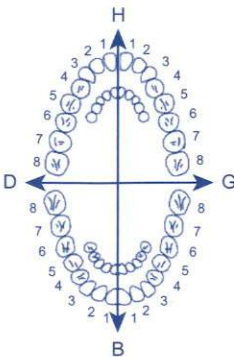
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

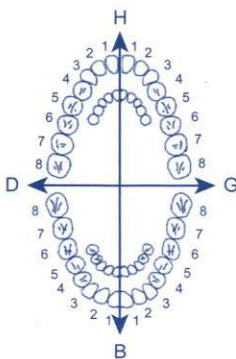
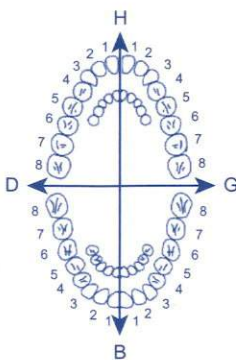
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d**

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/>           00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

## Docteur Aomar RAHHALI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Spécialiste

Endocrinologie - Diabète - Goîtres  
Hypertension - Cholestérol - Obésité

Mésothérapie - Electrolipolyse

Ultra - sons

95, Boulevard. Mohamed V  
(Passage Gallinari à gauche, 2ème étage)  
Tél : 05 22 31 02 75. Casablanca

## الدكتور عمر الرحالي

خريج كلية الطب ببوردو

اختصاصي

في أمراض الغدد ومرض السكر  
و الملح و السمنة و الكولسترول

95، شارع محمد الخامس  
(ممر كالبناي على اليسار الطابق الثاني)  
الهاتف : 05 22 31 02 75 . الدار البيضاء

Casablanca le : 27.02.20... الدار البيضاء في

Mlle Ezzizi Naima

Donc : - NF . VS . CRP  
- Anticoagulants - fibrinolytiques  
- TSH  
- Hb A1c



**Dr. Aomar RAHHALI**

Spécialiste  
Endocrinologie - Diabète - Obésité

Tél : 0522 31 02 75 - Casablanca  
95 Bd. Mohamed V

**RADIOLOGIE MOSTAFA EL MAANI  
DR. CHKILI MOURAD  
160, RUE MOSTAFA EL MAANI  
TEL / 022 22 11 77  
PATENTE N° 34103962  
CNSS / 1782178  
I.N.P 091042051  
ICE / 001660283000036**

**FACTURE N° 28 03 20**

Reçu de EZZIDI NAIMA

La somme de CINQ CENTS dirhams (500.00 DH)

Correspondant au montant de mes honoraires pour :

-ECHOGRAPHIE CERVICALE. K30

**P.S : Toute réclamation ultérieure, concernant le montant  
facturé ou la date de facturation sera rejetée, nous vous  
serons gré de bien vouloir vérifier ces deux données sur  
le présent reçu.**

**Dr. Mourad CHKILI**  
**RADIOLOGUE**  
160, Rue Mostafa El Maani - K30 - Casablanca  
Tel : 022 22 11 77 - 05 22 20 77  
Email: m.chkili@gmail.com

Fait à Casablanca le : 06.03.2020

SIGNATURE

## Docteur Aomar RAHHALI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Spécialiste

Endocrinologie - Diabète - Goïtres  
Hypertension - Cholestérol - Obésité  
Mésothérapie - Electrolipolyse  
Ultra - sons

95, Boulevard. Mohamed V  
(Passage Gallinari à gauche, 2ème étage)  
Tél : 05 22 31 02 75. Casablanca

## الدكتور عمر الرحالي

خريج كلية الطب ببوردو

اختصاصي

في أمراض الغدد ومرض السكر  
و الملح و السمنة و الكولسترول

95، شارع محمد الخامس  
(ممر كاليناري على اليسار الطابق الثاني)  
الهاتف : 05 22 31 02 75 . الدار البيضاء

Casablanca le : 27.02.20 ..... في الدار البيضاء

Naima

Echographie cervicale

**Dr. Mourad CHKILI**  
RADIOLOGUE  
160, Rue Mostapha El Maani 20130 - Casablanca  
Tél: 05 22 22 11 77 - 05 22 20 76 10  
Email: m.chkili@mail.com

**Dr. Aomar RAHHALI**  
Endocrinologie  
Tél : 0522 31 02 75 - Casablanca  
95 Bd. Mohamed V

06 MARS 2020

الفحص بالأشعة مصطفى المعاني  
**RADIOLOGIE MOSTAPHA EL MAANI**

160, شارع مصطفى المعاني 20 130 الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 11 77 - الفاكس : 0522 20 76 10  
160, Rue Mostapha EL Maâni 20130 - Casablanca - Tél : 0522 22 11 77 - Fax : 0522 20 76 10

**Dr. CHKILI M.**

Radiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

COCHIN PORT ROYAL

Ancien Attaché Associé des Hôpitaux de Paris

N° d'autorisation : 11793 du 23-04-93

**الدكتور الشكلي مراد**

إختصاصي في الفحص بالأشعة

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

رخصة رقم : 11793 بتاريخ : 23-4-93

**vendredi 6 mars 2020.**

**NOM ET PRENOM : EZZIDI NAIMA**

**ECHOGRAPHIE CERVICALE**

**POUR LE DR : AOMAR RAHHALI**

-Volume du lobe droit = 6 CC

-Volume du lobe gauche = 6 CC

L'isthme thyroïdien est modérément épaissi mesurant 3 mm (Volume < 1 CC).

La glande thyroïde est hétérogène, elle présente plusieurs plages hypo échogènes présentant des bords flous, mal délimitées en carte de géographie, de situation périphérique, contrastant avec une zone centrale hyper échogène, également en carte de géographie, les plages hypo échogènes présentent par endroit, un aspect pseudo nodulaire.

On note une discrète majoration de la vascularisation au niveau des plages hypo échogènes, sans anomalie vasculaire au niveau des plages hyper échogènes au DOPPLER couleur.

Il n'y a pas de kyste ou de calcification intra thyroïdienne.

Le débit moyen calculé au niveau des artères thyroïdiennes inférieures est de 30ml/mn à gauche et 34ml/mn à droite.

Le débit normal se situe entre 10 et 60 ml/mn, il est entre 60 et 140 ml/mn en cas de thyroïdite auto immune et supérieur à 140ml/mn en cas de BASEDOW.

Absence d'adénopathie cervicale.

Aspect normal des glandes parotides et sous maxillaires.

**CONCLUSION :**

Aspect échographique en faveur d'une thyroïdite : EU TI RADS 2  
: A surveiller

**Dr. Mourad CHKILI**  
**RADIOLOGUE**  
160, Rue Mostapha EL Maâni 20130 - Casablanca  
Tél: 05 22 22 11 77 - 05 22 20 76 10  
Email: m.chkili@gmail.com

**DR. M. CHKILI**



# مختبر التحليلات الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS  
Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie  
Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI  
D.U Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 06/03/2020

Prélèvement reçu à : 10:47

Edition du : 06/03/2020

Mme EZZIDI NAIMA

Code Patient 03D4065

Réf.: 503060479

Médecin: Dr. RAHHALI AOMAR

### HEMOGRAMME / SYSMEX

Globules Blancs	: 6390	/mm <sup>3</sup>	4000-10000 mille
GLOBULES ROUGES	: 4.58	M/mm <sup>3</sup>	4 - 5.4 million
HEMOGLOBINE	: 13	g/100ml	12-15 G/100ML
Hématocrite	: 39	%	35-47 %
V.G.M	: 86	μ <sup>3</sup>	83-95 u3
T.C.M.H	: 30	pg	(27 à 33)PG
C.C.M.H	: 35	%	(31 à 36)
Plaquettes	: 218000	/mm <sup>3</sup>	150-400mille
Reticulocytes	:	/mm <sup>3</sup>	50.000a 100.000)

### FORMULE :

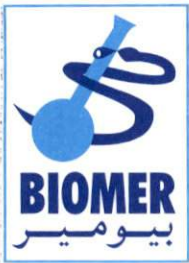
Polynucleaires Neutrophiles	: 56	%	50-75 %)
soit	: 3578.4	/mm <sup>3</sup>	(2000 à 7500)
Polynucleaires Eosinophiles	: 1	%	(1 à 3)
soit	: 63.9	/mm <sup>3</sup>	(40 à 300)
Polynucleaires Basophiles	: 0	%	(0 à 1)
soit	: 0.0	/mm <sup>3</sup>	(0 à 100)
Lymphocytes	: 34	%	20-36 %
soit	: 2172.6	/mm <sup>3</sup>	(800 à 3600)
Monocytes	: 9	%	(2 à 10)
soit	: 575.1	/mm <sup>3</sup>	(120 à 700)

Observations :

### VITESSE DE SEDIMENTATION

1 ère heure	: 30	mm
2 ème heure	: 50	mm

(2 à 10)  
(6 à 20)



# مختبر التحليلات الطبية LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS  
Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie  
Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI

Facture n° 0CFJ4730

CASABLANCA LE : 06/03/2020

Analyses effectuées le: 06/03/2020

Pour.....: **Mme EZZIDI NAIMA**

Sur prescription du: Dr RAHHALI AOMAR

Code.....: 03D4065



053000123

Organisme.....:

## Bilan:

NFS VS CRP ACTY TSH HBG

Cotation : (B 460)

**Montant Net : 1600.00**

**Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**MILLE SIX CENTS Dhs 00 Cts**

