

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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 caractére 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0042305

ND. 40405

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1209

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERKAOUI NALIKA

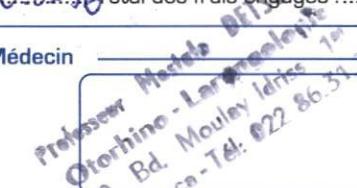
Date de naissance : 7/7/65

Adresse :

Tél. : 0607168276 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2020

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 : .....

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                                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 1 SEP 2008      | C3                |                       | 300,00                          | <i>Praticien : M. Othrine - Faraj<br/>120, Bd. Moulay Ismaïl<br/>Casablanca - Tel: 022 86 31 31</i> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Centre de Radiologie<br/>Boulevard des Casbahades - 20220<br/>Tel: 0522 93 04 93 - Fax: 05 253 56 56</i> | 18/09/08 | COIFFURE                     | 500,00                 |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

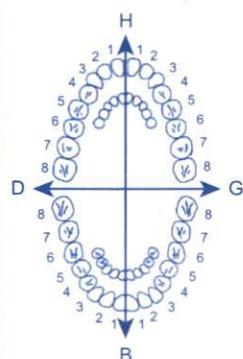
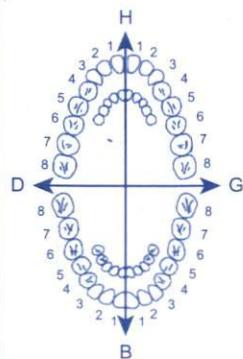
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
|   |                |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |                |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |  |
| H  | 25533412       | 21433552         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| D  | 00000000       | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| B  | 35533411       | 11433553         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |   |          |          |   |          |          |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 08/09/2020

## FACTURE N°06372/2020

NOM & PRENOM: DERKAOUI MALIKA

| EXAMEN                | MONTANT |
|-----------------------|---------|
| ECHOGRAPHIE CERVICALE | 500 DH  |
| TOTAL                 | 500 DH  |

Arrêtée la présente facture à la somme de :CINQ CENTS DH TTC



Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulnfa@.com](mailto:radiologie-oulnfa@.com)

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanneur - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

**Dr Bouchaïb EL MDARI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 08/09/2020

PATIENT

**DERKAOUI MALIKA**

MEDECIN TRAITANT

**DR. DETSOULI Mostafa**

EXAMEN(S) REALISE(S)

**ECHOGRAPHIE CERVICALE**

- Glande thyroïde de volume normal de contours réguliers légèrement hypoéchogène avec diminution du gradient parenchyme thyroïdien muscles du cou.
- Présence d'un nodule polaire inférieur gauche isoéchogène mesurant 7 mm classé EU-TIRADS 3.
- Au doppler couleur : On note une légère hyperhémie du parenchyme thyroïdien.
- La masse palpée cliniquement au niveau de la région parotidienne droite correspond à une formation kystique avec renforcement postérieur, mesurant 15 x 10 mm cloisonnée avec cloison modérément épaisse et régulière.
- L'éclairage doppler de cette formation est négatif.
- Glandes parotides gauche et les glandes sous-maxillaires sont d'aspect normal.
- Absence d'adénopathie cervicale de taille significative.

**Conclusion :**

- Aspect de thyroïdite eutrophique : À confronter à la biologie.
- Nodule polaire inférieur gauche classé EU-TIRADS trois.
- Formation kystique cloisonnée de la parotide superficielle droite mesurant 15 mm de grand axe : Un complément TDM des glandes parotides reste souhaitable.

**SCORE EU-TIRADS (European Thyroid Imaging Reporting And Database System)**

| Score EU-TIRADS | Signification                 | Risque de malignité et C.A.T (%)   |
|-----------------|-------------------------------|--|
| 1               | Examen normal                 | Risque 0 - Arrêt des échographies  |
| 2               | Constamment bénin             | Risque≈ 0 - Surveillance clinique.<br>+/- cytoponction évacuateuse de kyste si compressif                |
| 3               | Très probablement bénin       | Risque 2 à 4% - Surveillance échographique.<br>Cytoponction si >20mm - ≈ Micro-biopsie                   |
| 4               | Faible suspicion de malignité | Risque 6 à 17% - Cytoponction si >15mm   |
| 5               | Forte suspicion de malignité  | Risque 26 à 87% - Cytoponction si >10mm<br>Biopsie ou cytoponction obligatoire avec dosage de TG insitu. |
| ADENOPATHIE     |                               |  |

**Confraternellement**

**DR. LASRI FATHIA**

T.H

Dr. Dr. LASRI Fathia  
Radiologue

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - Tel. 0522 93 04 93 - Fax 0522 93 56 37

**Docteur Mostafa DETSOULI**

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الرجاء

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le ..... 02/09/2020

الدار البيضاء، في

## BILAN IMAGERIE

**Mme DERKAOUI Malika**

**MASSE DE LA REGION MASSETERINE DROITE**

**ECHOGRAPHIE CERVICALE**

Professeur Mostafa DETSOULI  
Otorhino - Laryngologie  
120, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>  
Casablanca - Tel: 0522 86 31 31

Centre de Radiologie El Oum  
Bd. Oum Rabhi - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com

حافظ على سلامتك و سلامة عائلتك باحترام قواعد التباعد الاجتماعي و وضع الكمامات  
باستمرار