

# 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 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 tous les 6 mois.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5088

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHAZRASI Bahijen

Date de naissance : 13/09/55

Adresse :

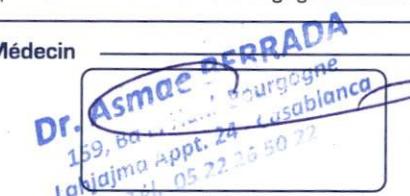
Tél. : 06 61 06 64 22

Total des frais engagés :

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MELIKHAZRAJI

BAHJEN Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 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

Le : 12/12/2012

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DI JAS-TECH LOGIC S.A.S Rue Ali Ben Youssef 19 Tel.: 0522 94 1981 99	10/11/22	1240260	1200,00 D.N.P. 09104

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale

Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical  
de la Faculté de Bordeaux

Stérilité et Fécondité du Couple

Colposcopie

Echographie Générale

Electrocardiogramme

Casablanca, Le :

10/10/2022

# الدكتورة أسماء براادة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

الدار البيضاء في :

M - EL KHATERA  
BAHJA

Patient âgée de 67 ans pour  
FC S. Sei 1992. elle porte un prothés.  
S. Sei G.

mammographie de poitrine

Dr. Asmae BERRADA  
159, Bd Bourgogne  
Lahjajma App. 24 - Casablanca  
Tél: 05 22 26 50 22



159, Bd Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahjajma - Casablanca



Rendez-vous: 05 22 26 50 22 / Urgence: 06 23 73 02 08 ✉ berrada.asmae65@gmail.com



Casablanca, le 10/11/2022

Facture N° 6967/2022

Nom patient : **EL KHAZRAJI BAHIJA**

Examen(s) réalisé(s) :  
**TOMOSYNTHÈSE  
BILAN SENOLOGIQUE**

Montant : **mille deux cents (1200 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE DEUX CENTS DH**

**REGLEMENT : CARTE**

Dr Jawad EL Aoud  
CENTRE RADILOGIE ANFA  
5, Rue Ali Abderrazak CASABLANCA  
Tél.. 0522 94 97 97 / 96 / 99

INPE  
091047670

Patient : EL KHAZRAJI BAHIJA

## BILAN SENOLOGIQUE

Mon cher confrère,

Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

Examen réalisé sur un appareil de tomo-mammographie General Electric (Pristina) mise en service en janvier 2018.

### Indication :

Examen de dépistage.

### Contexte clinique:

Patiante nullipare âgée de 67 ans ayant eu une mastectomie gauche il y a 20 ans.

Antécédents mammaires familiaux chez la sœur ainsi que chez deux tantes paternelle et maternelle.

## TOMO-MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

Sein droit partiellement glandulaire (type 1).

Pas de signe de divergence architecturale ni de sur-opacité suspecte.

Pas de foyer de micro-calcifications suspect (rares calcifications isolées).

Pas d'adénomégalie axillaire (formations ganglionnaires axillaires droites à centre clair).

Pas d'anomalie des plans cutanés.

A gauche, prothèse mammaire en place.

## ECHODOPPLER + ELASTOGRAPHIE

Pas d'atténuation suspecte.

Pas de lésion tissulaire.

Pas de lésion kystique.

Pas d'adénomégalie axillaire.

Pas d'anomalie des plans cutanés.

## CONCLUSION

**Aspect transsonore de la prothèse mammaire gauche.**

**Pas de lésion suspecte.**

**ACR 2 à droite.**

Classification Bi-Rads de l'ACR (American College of Radiology)

ACR 1 : Aspect normal

ACR 3 : Aspect probablement bénin

ACR 2 : Aspect bénin

ACR 4 : Aspect suspect de malignité

ACR 5 : Aspect malin

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD  
Dr Jawad EL AOUD  
CENTRE RADIOLOGIE ANTA  
5, Rue Ali Abderrazak CASABLANCA  
Tél. : 0522 94 97 97 / 98 / 99

INPE  
091047670