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

- 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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

Déclaration de Maladie

N° W21-786042

148968

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10327 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZZAB Mohamed

Date de naissance : 06/11/1974

Adresse : BD HACHIMI FILALI Rés les Jardins de Bali 2 Imm. 4 Appt 8

Tél. : 06 64 93 84 49 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..../..../....

Nom et prénom du malade : ATIQUI Samya 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 pliconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

MUPRAS 08 FEV. 2023 ACCUEIL

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 :** 10/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP :

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

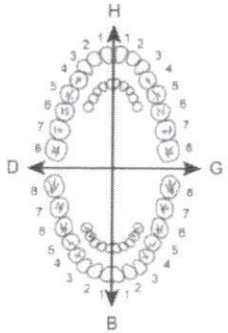
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Cœfficient

INP :

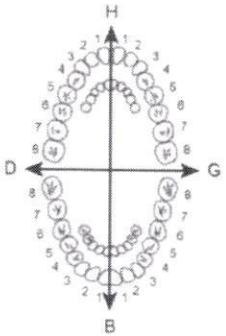
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

D — G

B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

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

000187211891

الضمان الاجتماعي
CNSS

البيان الدوري لتعويضات التأمين الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA أصدر ب :

Le : 02/02/2023 بتاريخ :

Page 1 /1 الصفحة

N° d'immatriculation 187211878 رقم التسجيل

Règlements de la période أداءات الفترة

du : 31/12/2022 : من

au : 31/12/2022 : إلى

Destinataire المرسل إليه

ATIQUI SAMYA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف Numéro de dossier	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	تاريخ إرسال الأداء Date d'envoi du paiement	مبلغ التعويض Montant remboursé
ATIQUI SAMYA											
93838316	03/10/2022	T233	RADIOLOGIE	800,00	410,00	41.00	1,00	410,00	70.00	31/12/2022	287,00
93838316	03/10/2022	R402	RADIOLOGIE	200,00	200,00	1.00	1,00	200,00	70.00	31/12/2022	140,00
93838316	03/10/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	10,30	0,00	1.00	1,00	0,00	0.00	31/12/2022	7,14
93838316	03/10/2022	ECHO	GYNECO OBSTETRIQUE	250,00	200,00	1.00	1,00	200,00	70.00	31/12/2022	140,00
93838316	03/10/2022	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	250,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70.00	31/12/2022	105,00
81970763	12/11/2022	VER	OPTICIEN	1500,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70.00	31/12/2022	157,50
81970763	12/11/2022	CS	OPHTALMOLOGIE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70.00	31/12/2022	105,00
81970763	12/11/2022	PH	PHARMACIES D OFFICINES	73,00	0,00	1.00	2,00	0,00	0.00	31/12/2022	0,00
81970763	12/11/2022	MON	OPTICIEN	800,00	225,00	1.00	1,00	225,00	70.00	31/12/2022	157,50
			Total remboursé		مجموع مبلغ التعويض						**1099,14**
			Total général remboursé		مبلغ التعويض الاجمالي						**1099,14**

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :
merci de visiter notre site Web **www.cnss.ma**
ou le portail des assurés **www.cnss.ma/Portail/**
ou l'application mobile **« Ma CNSS »**
ou appeler notre serveur vocal au numéro **080 20 30 100**
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros **080 203 3333 / 080 200 7200**

للمزيد من المعلومات:
يرجى زيارة موقعنا الالكتروني
أو البوابة الالكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال ألو الضمان على الأرقام

دار المؤمن – ساحة داكار – الدار البيضاء المحطة – الهاتف 07 86 54 0522 فاكس: 73 86 54 0522
Maison de l'Assuré – Place de DAKAR – Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 0522 54 86 07 Fax : 0522 54 86 73

0671787234

CNSS
الضمان الاجتماعي

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة* Entente préable* ☐ | تنفيذ* Exécution* ☐

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. : 610-1-02 مرجع رقم

Réf:AMI:L2.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) — خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ATIQUI SAMYA — الإسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : 187287878 — رقم التسجيل :

N° de la carte d'Identité Nationale : BJ348761 — رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* — علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)*

Conjoint ☐ زوج — Enfant ☐ ابن

Adresse : Hay Anselane Rue Rafael Manisel Res Rayad El Fouroukh Appt 11 Imm 3 Casablanca — العنوان:

Montant des frais : 1510,30 Dhs. درهم — مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : ..... — عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins — المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ATIQUI SAMYA — الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 13/06/1986 — تاريخ الإزدياد :

N° de la carte d'Identité Nationale : BJ348741 — رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى — الجنس :*

Identification du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

N° INP — الرقم الوطني الإستدلالي الممارس:

Type de soins — نوع العلاجات:

Maladie* ☐ مرض* — Pour les enfants de moins de 12 ans ☐ للأطفال أقل من 12 سنة

Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ — تم تقديم الظرف المغلق:

Maternité* ☐ أمومة* — Date de grossesse : — تاريخ الحمل: — Date prévue d'accouchement — التاريخ المرتقب للولادة:

Hospitalisation* ☐ استشفاء* — Date d'hospitalisation : — تاريخ الإستشفاء:

Accident* ☐ حادث* — Date d'accident : — تاريخ الحادث: — Causes : ..... — أسباب الحادث:

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : Casablanca ب :
Le : 03/10/2022 في :
توقيع المؤمن له(لها)
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les Informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : ..... ب :
Le : ..... في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* اشطب الخانة المناسبة

تعليمات يجب اتباعها / ns à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
'euille de soins par personne et par événement.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية ,فواتير ,نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
e soins doit être accompagnée de toutes les licatives originales (ordonnances médicales, sultats des examens de radiologie et/ouou de .

يجب كتابة الإسم الكامل الشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
prénom de la personne soignée doivent être es praticiens eux mêmes sur chaque feuille de

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.
tus et les PPM concernant les médicaments ent être joints aux ordonnances transmises.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية ,ماعدا حالة العلاج المستمر ,في هذه الحالة يجب تقديم الملف حدود ستين (60) يوما من انتهاء العلاج.
le soins ainsi que les pièces justificatives présentées à la CNSS dans les deux mois qui remier acte médical, sauf s'il y a traitement tinu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être ns les soixante (60) jours qui suivent la fin du

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية
sement des frais engagés sera effectué sur la rification nationale de référence.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
s liés aux accidents du travail et maladies lles ne sont pas couverts.

الموافقة المسبقة للصندوق الوطني للضمان الإجتماعي بالنسبة للبدلة السنية والتقويم السني الوجهي ضرورية.
réalable de la CNSS pour les prothèses et tie faciale est nécessaire.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة , سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.
onne coupable de fraude ou de fausse pour obtenir des prestations qui ne sont pas ssible des sanctions légales et réglementaires.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
n de remboursement prise par la CNSS est e au respect des conditions réglementaires et de de.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
n de l'agent :	
du dossier : ☐☐☐☐☐☐ تاريخ الإيداع:	Date d'arrivée ☐☐☐☐☐☐ تاريخ الإستلام:

Description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant

CIM-10				

Actes Paramédicales — عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					
INP :					

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — الأشعة والصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	لبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du ou Biologis
INP :					
INP :					
INP :					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis — التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/10/2022	1030	
INP : 192040443		
INP :		
INP :		

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie –Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de france

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI

الدكتورة الزرعي أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متـابعـة الحمـل - التوليـد

الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D

جـراحـة النساء و الثـدي

الجـراحـة بالمنـظـار - العقـم و الإخصاب

31/10/22

Atiqui Soumia

10,30 _ Doliprane 500mg

10,30 Acp

152 Bd. Al Qods Abwab California Ain Chock

Rés. Dar Salwa 2 - 1er Etage Casablanca

E-mail : zariamaL2975@gmail.com Tél: 05 22 87 40 07

152 ، شارع القدس أبواب كاليفورنيا عين الشق

إقامة دار سلوى 2 الطابق 1 الدار البيضاء


Doliprane 500 mg
PARACETAMOL
20 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040347

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie –Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de france

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI

الدكتورة الزرعي أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بالمستشفيات الفرنسية

متابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء

الجراحة بالمنظار - العقم و الإخصاب

Note d'honoraire

04/10/2022

Nom du patient : ATIQUI SAMIA

Arrêtée la présente facture à la somme de 500 DH

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

CONSULTATION :250dh

ECHOGRAPHIE : 250dh

DR ZARI AMAL

152 Bd. Al Qods Abwab California Ain Chock

Rés. Dar Salwa 2 - 1er Etage Casablanca

152 ، شارع القدس أبواب كاليفورنيا عين الشق

إقامة دار سلوى 2 الطابق 1 الدار البيضاء

E-mail : zariamaL2975@gmail.com Tél: 05 22 87 40 07

Dr. ZARI Amal
Spécialiste en Gynécologie –Obstétrique
Ancien Attaché aux Hôpitaux de france
Suivi de Grossesses - Accouchements
Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI

الدكتورة الزرعي أمال
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا
متابعة الحمل - التوليد
الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D
جراحة النساء و الثدي
الجراحة بالمنظار - العقم و الإخصاب

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Date : 03/10/2022

Nom & Prénom : ATIQUI SAMYA
Opérateur : Dr ZARI Amal
Appareil : GE Voluson Type : E8 (Mise en service 06/2020)

Modalités d'examens: Voie endorvaginal

-Utérus en situation antéversé antéfléchi de taille normal

-L'endomètre homogène
- l'ovaire gauche : RAS
-l'ovaire droit : RAS
-Absence de masse pelvienne suspecte.

-Le Cul de Sac de Douglas est libre, en particulier, il n'y a pas d'épanchement liquidien.

Conclusion :Echographie endovaginale sans particularitee

Dr ZARI Amal

152 Bd. Al Qods Abwab California Ain Chock
Rés. Dar Salwa 2 - 1er Etage Casablanca
152 ، شارع القدس أبواب كاليفورنيا عين الشق
إقامة دار سلوى 2 الطابق 1 الدار البيضاء
E-mail : zariamaL2975@gmail.com Tél: 05 22 87 40 07

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie –Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de france

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Foetale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI

الدكتورة الزرعي أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

متـابعـة الحمـل - التوليـد

الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى **3D/4D**

جـراحـة النساء و الثـدي

الجراحـة بالمنـظـار - العقـم و الإخصاب

Atifui Sanya

T/ [illegible] - [illegible] T/ [illegible]

152 Bd. Al Qods Abwab California Ain Chock

Rés. Dar Salwa 2 - 1er Etage Casablanca

E-mail : zariamaL2975@gmail.com Tél: 05 22 87 40 07

152 ، شارع القدس أبواب كاليفورنيا عين الشق

إقامة دار سلوى 2 الطابق 1 الدار البيضاء

CENTRE DE RADIOLOGIE
ABOUMADI

مركز الطب الاشعاعي
أبو ماضي

Nom & prénom : **ATIQUI SAMIA**

FACTURE N° : 22/019438

Date : 04/10/2022

Examen	Montant
MAMMO TOMOSYNTHESE+ECHO MAMMAIRE	1 000,00

Total Montant

1 000,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

REGLEMENT :ESPECES Le 04/10/2022

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

Casablanca le 04/10/2022

PATIENT : ATIQUI SAMIA
MEDECIN TRAITANT : DR. ZARI AMAL
EXAMEN(S) REALISE(S) : MAMMO TOMOSYNTHESE+ECHO MAMMAIRE R.

Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle et Interventionnelle

MAMMOGRAPHIE : TOMOSYNTHESE

Technique :

Examen réalisé par un mammographe Prestina avec tomosynthèse et mammographie classique standard.
Les incidences réalisées :
- Cliché de face bidimensionnel.
- Tomosynthèse en incidence oblique.

Résultat

Seins en involution graisseuse avec des résidus fibro-glandulaires de répartition harmonieuse sans signal fibreux hyperdense ni de foyer de micro-calcification.
Revêtement cutané fin et régulier.
Prolongements axillaires libres de toute anomalie.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

Trame fibro-glandulaire mammaire globalement hyperéchogène de répartition harmonieuse au niveau des différents quadrants sans lésion tissulaire suspecte
Absence d'atténuation des échos en profondeur.
Revêtement cutané et graisse adjacente sans particularité.
Creux axillaires libres de toute anomalie.

Conclusion :

Bilan écho-mammographique ne révélant pas d'anomalie évolutive.

Confraternellement
DR HANAFI
INPE: 091202275

N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC, utilisez le lien :
http://105.159.250.200:8088/images
Login : AK474517
Mot de Passe : AK226083