

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-786480



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6023 Société : 161908

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Touni Bachir

Date de naissance : 15/12/1961

Adresse : propriét el Ramz Atl Km 21 echellalate

Rehamnaden

Tél. : Total des frais engagés 1 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection ménagère

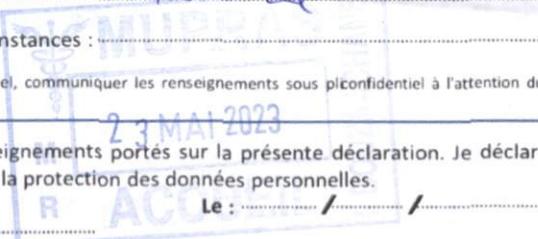
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
03/03/23	CS		5000,-	INP : 051003606  Dr. Adnane AIFI CHIRURGIEN D'EXPERTISE CANCEROLOGIQUE ET MAMMAIRE 10 Avenue El Iffani 92220 RACINE Tél: 01 522 364 35

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

CENTRE DE RADIALISME ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02.22.25.13.07.05.22 mail : roudani@outlook.com	06/03/23	K <sub>3</sub> = 245	202,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H	G																					
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		

**Docteur AFIFI Adnane**

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**

**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**

**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU**

**SEIN**

**8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine, Casablanca**

Tél : 0522 364 354. Tél et Fax : 0522 364 355

Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

Casablanca, le

**Dr Adnane AFIFI**  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8, rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - Quartier Racine  
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

**Mme TOUMI EP. AKKAR Bouchra**

FAIRE PRATIQUER AU CABINET DE RADIOLOGIE:

- UNE TOMMOSYNTHÈSE BILATERALE
- UNE ECHOGRAPHIE MAMMAIRE BILATERALE

**DR A. AFIFI**  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8, rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - Quartier Racine  
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

Date de l'examen : 06 - 03 - 2023

NOM : TOUMI BOUCHRA

Date de naissance ou Age : 61 ANS

Médecin traitant :

Date des dernières règles :

Nbre d'enfants : 3

Ménopause (traitement de la ménopause): Oui  Non

Traitements hormonaux : Oui  Non

ATCD personnel du maladie du sein : RA-5

ATCD FM de cancer du sein : Non  Oui

Degré de parentés :

Mammographie antérieure : non  oui  date :

## Réserve aux médecins

Clinique : Nodule  Autre :

Mastodynies

Ecoulement

Mammo remarque .....

Fin du traitement ... / / .....

**Docteur AFIFI Adnane**

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**

**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**

**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN**

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

03/03/2023

**Mme TOUMI EP. AKKAR Bouchra**

**NOTE D'HONORAIRE**

Actes	Montant
Consultation	500,00
<b>Total :</b>	<b>500,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**CINQ CENTS DIRHAMS**

*Dr Adnane AFIFI  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8, rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - Quartier Racine  
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355*

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
 Dr. Naïma BENJELLOÚN DEBBAGH  
 Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
 Dr. Yasmine TAHIRI ZIATI  
 Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
 Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
 Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 06/03/2023

FACTURE N° : FA:00 2254/23  
 Nom : TOUMI BOUCHRA EP. AKKAR

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800,00 Dhs

**HUIT CENTS DHS**

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

MAMMO-TOMOSYNTHÈSE	500,00 Dhs
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	300,00 Dhs
Total de :	800,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324



**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH**

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
 Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
 RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Patient TOUMI BOUCHRA EP. AKKAR  
Médecin traitant DR AFIFI ADNANE  
Examen(s) réalisé(s) MAMMO-TOMOSYNTHESE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

RC : 61 A / 3P / Sans antécédents personnels ou familiaux de néoplasie mammaire ou de l'ovaire.

Bilan de dépistage.

**Technique :** Examen réalisé par un appareil numérique direct type Hologic Selenia Dimensions avec tomosynthèse.

Deux incidences : faces et obliques.

**Résultat :**

**Mammo-tomosynthèse :**

Seins de volume symétrique.

Trame conjonctivo-glandulaire en involution fibrolipomateuse partielle : type B.  
Absence de masse ou de distorsion de l'architecture glandulaire notable sur les deux seins.

Absence de regroupement suspect de microcalcifications.

Le balayage en tomosynthèse ne détecte pas d'anomalie particulière.

On note quelques rares calcifications mammaires bilatérales, banales.

Les revêtements cutanés et les mamelons sont normaux.

Les prolongements axillaires sont libres.

Présence de quelques ganglions axillaires liposcléreux bilatéraux, sans valeur pathologique.

**Echographie mammaire :**

Elle ne révèle aucun nodule suspect ou image atténuante.

Absence d'adénopathie axillaire.

**Conclusion :**

**Bilan sénologique de dépistage ne montrant pas d'anomalie suspecte à droite comme à gauche.**

Examen classé ACR 2 à droite et à gauche de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Prière de conserver cet examen et de le ramener lors des prochains contrôles.

