

# 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 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.

## 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.



Déclaration de Maladie  
N° M21- 081342

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4247 Société : RAA  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : LENSSEN A217A  
 Date de naissance : 14-01-49  
 Adresse : Résidence A. Nafes Les Arfameis n°12  
 Tél. : 0661177233 Total des frais engagés : 1150,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2023  
 Nom et prénom du malade : LENSSEN Aage Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète sucré  
 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 : 31/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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 Étage 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

20 JUN 2023

ACCUEIL



# 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
31/05/2023			2500	

# 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 Coefficients	Montant des Honoraires
	05/06/23	43,5 x 282	1200,50

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 05/06/2023

FACTURE N° : FA:00 5343/23  
Nom : LEMSEFFER AZIZA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 200,00 Dhs

**MILLE DEUX CENTS DHS**

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

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	300,00 Dhs
MAMMO-TOMOSYNTHESE	900,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIO  
ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani  
20 100 - Casablanca  
Tél: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
e-mail : roudani@attijari.ma

**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 / 06 60 73 95 97 / 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

Date de l'examen : ..... 05-06-2023  
NOM : ..... LEMSEFFER AZIZA  
Date de naissance ou Age : ..... 74 ANS .....  
Médecin traitant : .....

Date des dernières règles : ..... ✓ .....  
Nbre d'enfants : ..... 1 .....

Ménopause (traitement de la ménopause): Oui ☐ ..... Non ☐

Traitement hormonal : Oui ☐ ..... Non ☐

ATCD personnel du maladie du sein : ..... RAS .....

ATCD FM de cancer du sein : Non ☒ Oui ☐

Degré de parentés : .....

Mammographie antérieure : non ☐ oui ☒ date : .....

### Réserve aux médecins

Clinique : Nodule ☐ Autre :  
Mastodynie ☐  
Ecoulement ☐

Mammo remarque .....  
.....  
.....

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



**Dr. ALIGHIERI VALERIE**



**الدكتورة أليغيري فاليري**

**MÉDECINE GÉNÉRALE-GÉRIATRIE  
NUTRITION-DIABÉTOLOGIE**

**الطب العام - طب الشيخوخة  
التغذية - مرض السكري**

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Besançon - France

**خريجة كلية الطب  
بنسب بفرنسا**

Consultation sur rendez-vous  
Visites à domicile

**الاستشارات بالموعد  
زيارات منزلية**

Casablanca, le 31/05/2023 في الدار البيضاء

M<sup>re</sup> Lemseffer Azize

Mammographie

Echographie

CENTRE DE RADIOLOGIE  
ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20100 - Casablanca  
Tél: 0522 25 22 96 / 05 22 25 13 04  
05 22 25 13 07 / 05 22 25 13 08  
e-mail: r.roudani@nohmail.fr  
Dr. ALIGHIERI VALERIE

Dr. ALIGHIERI VALERIE  
MÉDECINE GÉNÉRALE-GÉRIATRIE  
NUTRITION-DIABÉTOLOGIE  
7, Rue Kadi Iass - 2<sup>ème</sup> Etage  
Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 99 19 06

7, Rue Kadi Iass, Rés. El Wassia (Imm. Mac Donald's), 2<sup>ème</sup> Etage, Maârif - Casablanca

7, زنقة قاضي إياس، عمارة الوصية، الطابق الثاني، المعاريف - الدار البيضاء

Tél. : +212 522 991 906 - Email : docteuralighieri@gmail.com

**Conclusion :**

**Microcalcifications éparses bilatérales prédominant à droite, d'allure dystrophique bénigne.**

**Petite masse rétro-aréolaire profonde gauche visible à la mammographie et correspondant sur le plan échographique probablement à un kyste de contenu échogène.**

**Un contrôle dans 4 mois est indiqué , par un cliché de face du sein gauche , et des clichés de face et de profil agrandis centrés sur la région rétro-aréolaire droite,**

Examen classé ACR 3 à droite et à gauche de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

**Dr. W. MSEFER FAROUQI**

**NB : Prière de rapporter les anciens clichés en cas de nouvel examen.**

CLASSIFICATION BI-RADS ( Américan College of Radiology)(ACR) :
Bi- RADS 0 de ACR : Nécessité d'investigations complémentaires.
BI- RADS 1de ACR : normale (surveillance systématique tous les 2 ans dans le cadre du dépistage ).
BI- RADS 2' de ACR : Lésion bénigne (surveillance systématique tous les 2 ans dans le cadre du dépistage ).
BI- RADS 3 de ACR : Lésion probablement bénigne (surveillance semestrielle est conseillée pendant 1 an puis annuelle pendant 2 ans ).
BI- RADS 4 de ACR : Anomalie suspecte, nécessitant une vérification histologique (biopsie).
BI- RADS 5 de ACR : Lésion fortement suspecte de malignité (une biopsie ou exérèse est souhaitée).

Patient  
Médecin traitant

LEMSEFFER AZIZA  
DR ALIGHIERI VALERIE

**MAMMOGRAPHIE BILATERALE PLEIN CHAMP NUMERIQUE**  
**TOMOSYNTHESE 3D**  
**ECHOGRAPHIE MAMMAIRE ET AXILLAIRE BILATERALE**

**COMPTE RENDU**

**RC :** 74 A / 0 P / Sans antécédent sénologique personnel ou familial.

**Examen clinique :** Seins souples, sans anomalie palpable.

**Technique :** Trois incidences par sein (face, oblique externe et profil).

**Résultat :**

**Mammo-tomosynthèse :**

Seins de volume symétrique.

Parenchyme mammaire en involution fibro-lipomateuse, conservant quelques opacités conjonctivo-glandulaires éparses, prédominant au niveau des régions rétro-aréolaires : densité mammaire type B.

Sein gauche :

Présence d'une petite masse rétro-aréolaire profonde de forme arrondie, de contours macrolobulés, mesurant 7 mm de diamètre, située à environ 35 mm en arrière du mamelon ; elle est mieux visible sur l'incidence de face que sur les incidences de profil et d'oblique externe.

Microcalcifications rétro-aréolaires éparses, sans caractère suspect.

Présence de deux petits ganglions intra-mammaires visibles au niveau du QSE distal et du prolongement axillaire.

Sein droit :

Petite masse rétro-aréolaire ovale de contours nets, mesurant 7 mm de grand axe, sans caractère suspect.

Absence d'image de désorganisation architecturale ou de regroupement suspect de microcalcifications visible.

Présence de microcalcifications rétro-aréolaires éparses, punctiformes et régulières, sans caractère suspect.

Les revêtements cutanéomamelonnaires sont normaux.

**Echographiemammaire :**

Sein gauche :

Région rétro-aréolaire interne : petite formation d'allure kystique fortement hypoéchogène ovale de contours parfaitement nets, mesurant 7 x 3 mm, par rapport avec un kyste ; elle explique la petite masse visible à la mammographie.

Ganglions intra-mammaires du QSE l'un de 8, 4 x 3 mm et l'autre de 5, 4 x 3, 5 mm.

Sein droit :

Kyste rétro-aréolaire de 8 x 5 mm.

Absence de nodule tissulaire ou d'image d'atténuation suspecte visible.

Absence d'image ganglionnaire axillaire d'allure suspecte.