

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.

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.

N° W19-520500

ND: 29987

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 7222 Société :

Matricule : 7222 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A22101 SAM

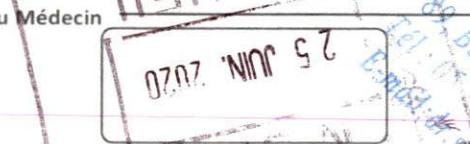
Date de naissance : 14/05/1959

Adresse : 29 Rue bab Mansour

Hau 2e Hara

Tél. : 06612264Nb Total des frais engagés : 50000 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 13/10/2015

Nom et prénom du malade : A22101 Nadi Age : 66

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Problème Cynicologique

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 30/09/15

Signature de l'adhérent(e) : 

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>DR. J. P. D'AMATO</i> RADIODIAGNOSTIC C. D. C. - Paris 13/03/2020	13/03/2020	K50	500,00

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

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>					
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>					
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
					ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
							H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
							[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

Docteur Khalid Slaoui

Gynécologue - Obstétricien

Diplôme d'Etat de la Faculté de médecine de Reims

Ancien attaché au C.H.U de Reims

Gynécologie - Accouchements

Chirurgie Gynécologique

Sterilite - Echograph

الذکر في حالي السلاوي

احتياجات في الأمراض النسوية والولادة

خريج كلية الطب برامس

المحادي

Casablanca, le : 13/03/2020.

Madame Azzioni Mrs. Jig

** ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

(A faire au décours des règles si patiente encore réglée)

Résidence Ibn Zaidoun - 1er étage Appartement 3B
89-91 Bd. d'Anfa - Casablanca

Tél. : 05 22 22 12 76 / 05 22 22 02 71 - Fax : 05 22 29 56 51
E-mail : dr.slaouik@hotmail.fr

URGENCES : Clinique Val d'Anfa 19 Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca

ICE · 001597006000054

إقامة ابن زيدون الطابق الأول الشقة رقم 3 ب

89، شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف: 0522 22 02 71 / 0522 22 12 76 – الفاكس: 0522 29 56 51

Tél.: 0522 39 69 36 à 39 / 0522 39 60 10 à 13 / 0522 36 87 87 / 0522 79 01 00

INPE · 091130294

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 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 13/03/2020

FACTURE N° : FA:00 3017/20

Nom : AZZIOUI NADIA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

500,00 Dhs

CINQ CENTS DHS

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

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

500,00 Dhs

Mode de règlement : CHEQUE

Total de : 500,00 Dhs

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

*CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
 400, Bd Brahim Roudani - Maârif
 Casablanca - Maroc
 Tel: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04
 Fax: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96
 0522 25 13 07 / 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
 E-mail : roudani@hotmail.fr*

Patient
Médecin traitant

AZZIOUI NADIA
DR SLAOUI KHALID

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE ET AXILLAIRE BILATERALE

RC : 53 A / 3 P / Sans antécédents sénologiques / Un bilan mammographique à titre systématique a été réalisé le 08/10/2019 : remaniements de mastopathie fibrokystique bilatéraux, avec asymétrie de densité du Q.S.E. droit, correspondant sur le plan échographique à une plage dystrophique. Contrôle à 5 mois.

Examen clinique : normal ce jour.

Résultat :

Sein gauche :

Petit kyste du QSE de 4, 3 mm.

Plusieurs petits kystes épars.

Plage hyperéchogène du QSE comportant d'ectasies canalaire, d'origine dystrophique.

Absence de nodule d'allure suspecte.

Absence d'image d'atténuation anormale.

Creux axillaires libres.

Revêtements cutanés normaux.

Conclusion :

Discrets remaniements de dystrophie fibrokystique bilatéraux, sans anomalie d'allure suspecte visible.

Examen classé ACR 2 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 (American College of Radiology)(ACR) :

BI-RADS 0 de ACR : Nécessité d'investigations complémentaires.

BI-RADS 1 de 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).