

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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 - 5ème 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063808

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **56499** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6946** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **MASBAR Nadia**

Date de naissance : **17/02/1965**

Adresse : **17, Rue Arrouam Oued**

Tél. : **0678284824** Total des frais engagés : **3083,60 dh** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... 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 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 : **Casa** Le : **22/01/2021**

Signature de l'adhérent(e) :



# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 | CS                |                       | 300,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/01/2021 745,80 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

12/01/2021 B 320.80 DH 1257,80 DH

12/01/2021 Edo AP 800 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

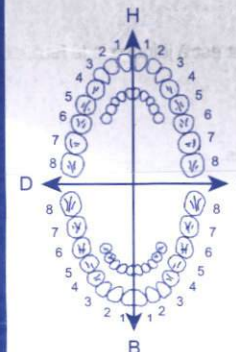
Coefficient

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
G  
B

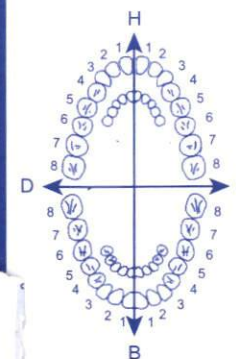
CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute

Quartier de la Persée  
Tél: 0522 81 27 00

Tél: 0522 81 27 00 Fax: 0522 745 80

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quar tier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél : 05 22 86 55 70/ 54 67 - Fax : 05 22 86 35 56 - GSM : 06 61 88 67 36

91063  
124 D125 30





Paybar Nasse

Age 16 ans

tu es 20 H C et sur G.

pour ce RT

Taux xifene

Echographie

Pr BENCHAKROUN  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 0910264

CENTRE DE RADIOLOGIE  
400, Bd Brachin, ROUBAIX  
Tél: 03 20 25 11 07 / 03 20 25 11 08  
e-mail: r.roubaix@orange.fr



Najjar Nasser

Dosage v.w

Cap Glucose phos

CA 15-3

Pr BENCHAKROUN Nadia  
Onco Radiothérapeute  
INP N° 091026427

Laboratoire Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA



# 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 Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 12/01/2021

FACTURE N° : FA:00 310/21  
Nom : MAJBAR NADIA

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

**HUIT CENTS DHS**

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

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE 800,00 Dhs

Total de : 800,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC**  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
Tél: 0522 25 22 96 / 05 22 25 13 04  
05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 07  
e-mail: r.roudani@hotmail.fr

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 12-01-2021

**Mme Nadia MAJBAR**

|            |            |
|------------|------------|
| FACTURE N° | 2101121050 |
|------------|------------|

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse                    | Val  | Clefs |
|------|----------------------------|------|-------|
| PS   | Prélèvement sang           | E25  | E     |
| 0363 | Marqueur Tumoral : Ca 15-3 | B400 | B     |
|      | Vitamine D 25-OH (D2+D3)   | B450 | B     |
| 0104 | Calcium                    | B30  | B     |
| 0129 | Phosphore minéral          | B40  | B     |

Total de B : 920

|               |            |
|---------------|------------|
| TOTAL DOSSIER | 1257.80 DH |
|---------------|------------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent cinquante-sept dirhams quatre-vingts centimes

Laboratoire Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA





- Prescripteur : Dr NADIA BENCHEKROUN
- Dossier ouvert le : 12-01-2021 10:38
- Edité le : 14-01-2021

Réf : 2101121050

Mme MAJBAR Nadia

Compte Rendu d'Analyse

Page 1 / 1

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

## BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

|               |            |                |                     |
|---------------|------------|----------------|---------------------|
| Calcium:      | 87.10 mg/l | (86.00-102.00) | 09-07-2020<br>88.20 |
| Phosphorémie: | 31.70 mg/L | (25.00-45.00)  | 09-07-2020<br>33.30 |
|               | 1.0 mmol/L | (0.8-1.4)      |                     |

## VITAMINES

|                            |              |              |                    |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| Vitamine D total ( Roche): | 40.2 ng/ml   | (30.0-100.0) | 09-07-2020<br>38.1 |
| (Cobas 6000)               | 100.5 nmol/l | (75.0-250.0) |                    |

## MARQUEURS

|               |             |          |                     |
|---------------|-------------|----------|---------------------|
| CA 15.3:      | 15.93 UI/mL | (<25.00) | 09-07-2020<br>16.64 |
| (Cobas e 411) |             |          |                     |

Fin du compte rendu

Laboratoire Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalisé(s)

MAJBAR NADIA  
DR BENCHAKROUN NADIA  
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

### COMPTE RENDU

**RC :** 56 ans, traitée pour carcinome mammaire gauche en 2017. Patiente sous tamoxifène.

#### Résultat :

##### A l'étage abdominal :

Le foie est de taille normale et de contours réguliers ; il est discrètement hétérogène, comportant des plages hyperéchogènes de stéatose hépatique, ainsi que des images hypoéchogènes pseudo-nodulaires en rapport avec des ilots de foie sain, siégeant notamment en péri-vésiculaire.

Aspect échographique normal des vaisseaux portes et sus-hépatiques.

La vésicule biliaire est libre, à paroi fine.

Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques.

Rate et reins sans particularités.

##### A l'étage pelvien :

Utérus antéversé, de taille et d'échostructure normales, mesurant L= 57, 7 mm, ép= 33, 4 mm, l= 36, 6 mm.  
endomètre fin.

Présence d'une petite masse hyperéchogène au contact du bord postérieur de l'endomètre en rapport probablement avec un petit myome calcifié.

Les deux ovaires sont homogènes, de volume réduit et de contours réguliers, mesurant :

- Ovaire droit : 10 x 20 x 7 mm : vol 0, 8 cm<sup>3</sup>.
- Ovaire gauche : 16 x 6, 7 x 12, 4 mm : vol 0, 6 cm<sup>3</sup>.

Absence de masse pelvienne anormale, ou d'épanchement intrapéritonéal visible.

#### Conclusion :

**Stéatose hépatique hétérogène, sans lésion d'allure suspecte visible.**  
**Le reste de l'examen est normal.**

En vous remerciant de votre confiance

Dr. W. ROUSSEAU FAROUK

Dr. M. FAROUK WATTE  
RADIOLOGUE