

# 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.

## Biologie 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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 - 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008196

65371

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04387 Société : PAPY

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUAYAD NARIB

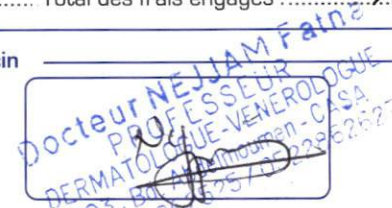
Date de naissance : 14/03/2024

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0669232544 Total des frais engagés : 2132 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/03/2024

Nom et prénom du malade : M. BOUAYAD NARIB Age : 70 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatoses

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 : 31/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
24/03/21	C	1	350,0	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur

Date

Montant de la Facture

24/03/21

582,000K

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

25/03/21

282x163

1202,00

# 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 :

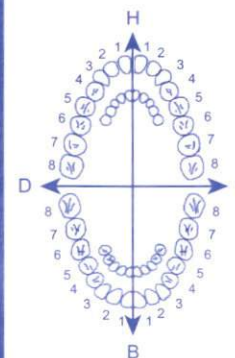
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

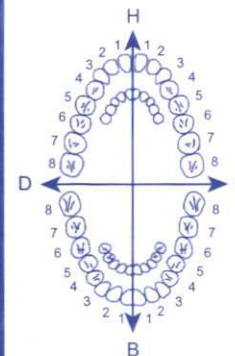
MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE



COEFFICIENT  
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

Professeur NEJJAM Fatna

Ex. enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

DERMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE  
LASER - PUUVATHERAPIE

الدكتورة نجام فاطنة

أستاذة سابقة بكلية  
الطب الدار البيضاء

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتجميل

Casablanca, le: 24/07/2021

me Bouaya D 206-19

**BACTOSPRAY**  
LOT:2003171  
EXP: 02 /2023  
PPC:138.00DH

LOT: 20E027  
PER.: 11 2023

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G

P.P.V: 30DH00



6 118000 012061

10/

Bactospray



138→

desinfector avec

1 jour

27 bicarbonate es-e



150ml

2 jours

30 p=

31 locatop

es-e



26250

40/

Sealera Baume

2 jours



58250

99 Bd Abdelmoumen (Angle Bd. Anoual) . 2<sup>ème</sup> éta  
Tél: 05 22 86 25 25 - 05 22 86 26 27 - E-mail: docteur

MACIE MERIEUX  
Nourredine IBA  
Pharmacie  
Abdelmoumen Casa  
05 22 66 00 70

EAU THERMALE

15 200

Crème réparatrice protectrice  
Repairing protective cream

x 1 jour

docteur NEJJAM Fatna  
PROFESSEUR  
DERMATOLOGUE  
99 Bd. Abdelmoumen - CASA  
Tél: 05 22 86 25 25 - 05 22 86 26 27

26 250



# مرکز 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 Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 25/03/2021

FACTURE N° : FA:00 3128/21  
Nom : BOUAYAD ZOUBIDA

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

**MILLE DEUX CENTS DHS**

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

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

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI**  
400, Bd Brahim Roudani - Maarif  
Tél: 0522 23 22 96 / 0522 23 13 07 / 0522 23 13 07  
e-mail: c.roudani@attijari.ma



**Professeur NEJJAM Fatna**

Ex. enseignante à la faculté  
de médecine de Casablanca

**الدكتورة نجام فاطنة**  
**أستاذة سابقة بكلية**  
**الطب الدار البيضاء**

DREMATOLOGUE - MÉDECINE ESTHÉTIQUE  
LASER - PUVATHERAPIE

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التجميل

Casablanca, le ..... 13/07/2021

Mme BOUAYAD Zoubir

Douleur au T des seins  
avec à la palpation des nodules  
multiples

Echo - Doppler

CENTRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIC  
400, Bd. Rachid Rouadani - Maarif  
20100 - Casablanca  
Tél: 0522.86.25.25 / 0522.86.26.27  
E-mail: rendezvous@normal.ma

docteur NEJJAM Fatna  
PROFESSEUR  
DREMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
293, Bd. Abdelmoumen - CASA  
10522862525 / 10522862627

Date de l'examen : ..... 25/03/2024 .....  
NOM : ..... BOUAYAD ZOUBIDA .....  
Date de naissance ou Age : ..... 65 ans .....  
Médecin Traitant : .....

Date des dernières règles : ..... / .....  
Nbre d'enfants : ..... 3 .....

Ménopause :      Oui ☒                      Non ☐

Traitement Hormonal :      Oui ☐ ..... Non ☒

ATCD personnels de maladie du sein : ..... RAS .....

ATCD FM de cancer du sein :    Non ☒                      Oui ☐

Degré de parenté : .....

Mammographie antérieure : Non.. ☐      Oui ☒ date : .....

### **Réservé aux médecins**

Clinique : Nodule      ☐                      Autre : .....

Mastodynies      ☐

Écoulement      ☐

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

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

Patient  
Médecin traitant

**BOUAYAD ZOUBIDA**  
**DR NEJJAM FATNA**

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

**RC :** 55 A / 3 P / Sans antécédents sénologiques / Motif de l'examen :  
mastodynies bilatérales.

**Technique :** Mammographe numérique direct type Hologic Selenia Dimensions.  
Deux incidences faces et obliques + clichés centrés agrandis de face et de profil  
du sein droit. Etude en tomosynthèse.

**Résultat :**

**Mammo-tomosynthèse :**

Seins de volume symétrique.

Parenchyme mammaire type B, siège d'opacités conjonctivo-glandulaires  
éparses.

Sein gauche :

Masse sus-aréolaire externe ovale, de contours nets en tomosynthèse de 28 x  
14 mm.

Absence d'autre anomalie visible.

Sein droit :

Absence de masse ou d'image de désorganisation architecturale suspecte  
visible.

Présence de quelques microcalcifications rétro-aréolaires éparses, sans  
caractère suspect.

**Echographie mammaire**

Sein gauche :

U.Q.E. : masse ovale mesurant 27 x 8, 3 x 11 mm, discrètement hypoéchogène  
par rapport au parenchyme de voisinage, comportant des zones microkystiques ;  
elle est avasculaire au doppler couleur, et ne s'accompagne pas d'atténuation  
postérieure.

Ectasie galactophorique péri-aréolaire modérée, de paroi fine et de contenu  
anéchoïque.

Sein droit :

Absence de formation kystique ou tissulaire individualisable.

Absence d'image d'atténuation suspecte décelable.

Discrète ectasie galactophorique péri-aréolaire.

Creux axillaires libres.