

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

- 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.

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-570830

6 7297 CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11090 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMRIBD FADILA
 Date de naissance : 23.06.1975
 Adresse : Rés Lu Lac, Porte 6 Casablanca Apt 06 Im 11
 Tél. : 06 66 62 06 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Gynécologue Obstétricien
152, Boulevard Al Qods
2ème Etage Casablanca
Tél : 05 22 21 40 07 - 05 22 21 80 57 71

Date de consultation : 04/03/2021
 Nom et prénom du malade : AMRIBD FADILA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection gynécologique
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
15 AVR. 2021
ACCUSE

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
04.03.21	contrôle			INP: 09M65126

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
RADIOLOGIE AL Radiologie Tél: 05 22 21 43 43	04.03.21	MATRO+ECLO	800 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canalaire, 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"/> 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
	[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	

Dr. ZARI Amal

Spécialiste en Gynécologie – Obstétrique

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Suivi de Grossesses - Accouchements

Grossesses à haute risque et Médecine Fœtale 3D/4D

Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins

Coelioscopie et Hysteroscopie - Stérilité du couple FIV - ICSI



الدكتورة الزرعى أمال

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا

منابعة الحمل - التوليد

الحمل عالي المخاطر و الفحص بالصدى 3D/4D

جراحة النساء و الثدي

الجراحة بالمنظار - العقم و الإخصاب

Casablanca, le 04/03/2021

Mme AMRIBD FADILA

Faire pratiquer:

MAMMOGRAPHIE & ECHO MAMMAIRE.



Dr ZARI Amal

٠✱✱٠٠> ٠:✱|✱Q ٠H:٨٠

- Scanner Multibarettes
- Echographie Generale
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Senologie)
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie-Doppler Couleur
- Radiologie Numérisée
- Mammographie Numérisée
- IRM (Sur Rendez-Vous)
- Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 04/03/2021

FACTURE N° : Note d'honoraire

Nom & Prénom : AMRIBD FADILA

Date d'examen : 04/03/2021

Examens	Honoraires
MAMO +ECHO	800 DH
NET A PAYER	800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
HUIT CENTS DH

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd al quods n° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43
E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313947000064 - IF : 34001560

- Scanner Multibarettes
- Echographie Générale
- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie-Doppler Couleur
- Radiologie Numérisée
- Mammographie Numérisée
- IRM (Sur Rendez-Vous)
- Radio - Photo

Casablanca , le 04/03/2021
Prescripteur: DR ZARI AMAL

Patiente : AMRIBD FADILA

BILAN SENOLOGIQUE

INDICATION :

Bilan systématique chez une femme âgée de 46 ans,

TECHNIQUE :

Réalisation de clichés en incidence axiale et oblique ainsi qu'une échographie complémentaire est de sur l'érection pour chaque sein.

RESULTATS :

- Mammographie bilatérale:

Seins denses hétérogènes de type de type C selon la classification ACR.
Surcroûts d'opacité du quadrant inféro externe droit noyées dans la glande
Macrocalcification en pop-corn à cheval des quadrants internes droits retrouvé uniquement sur la face.
Pas de masse à contours spiculés ni de foyer de distorsion architecturale visible.
Pas de micro-calcification en groupement pathologique.
Intégrité du revêtement cutané des deux cotés.
Opacités réniformes du prolongement axillaire droit ganglionnaire.
Axillaire gauche libre

- Echographie mammaire:

- Seins d'échostructure fibro-glandulaire .
- Kyste à parois fines à contenu anéchogène du quadrant supéro-interne droit mesurant 1,3 x 0,8 cm.
- Formation fusiforme d'échostructure fibrillaire du quadrant inféro-externe droit de contours bien limité mesurant 4,6 x 1.3 cm.
- Ectasies canalaire rétroaréolaire gauche de 13,9 mm

Pas de lésion suspecte visible dans l'un ou l'autre sein. En particulier, pas d'atténuation focale du faisceau ultra sonore.

Intégrité du revêtement cutané, sous cutané et musculaire profond.

Ganglions axillaires bilatéraux d'architecture conservée

AU TOTAL:

Aspect échomammographique d'un kyste simple du quadrant supéro-interne droit associé à lipome du quadrant inféro-externe droit.

Ectasies canalaire rétroaréolaire gauche

Pas de lésion suspecte visible dans l'un ou l'autre sein.

Une surveillance régulière peut se poursuivre.

Classification BI RADS : ACR 2 à droite, ACR 2 à gauche

Merci pour votre confiance .

Dr Mohamed Amine Fathallah

Bd Al Quods N° 697

Radiologiealquods@gmail.com

Tél: 05 22 21 43 43

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 21 43 43 - Fax : 05 22 21 43 43 - E-mail : radiologiealquods@gmail.com