

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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, parodontologie 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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.

## ntaire :

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° M21- 070138

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ANKAZENE Mohamed

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Lotissement Zahra Rue 8 n°1 Air Chadk Cas

Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOUGAGH Nasser Age: 07/01/1959

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 : Casablanca Le : 20 / 11 / 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### 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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 26/11/21 | 234 + 235                    | 880 DH                 |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

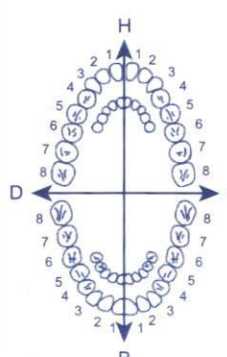
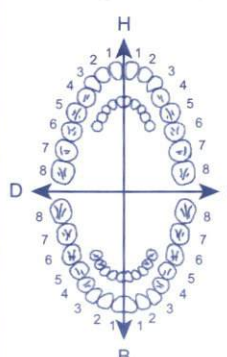
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|--|---|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|---|
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b><br><br> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><br><table border="0"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  | H   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | D   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | 35533411  | 11433553         |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | B   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | G   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**M U P R A S**

N° Admission : 21013147 N° Facture : 21012915 Date facturation: 26/11/2021

Nom et prénom du patient : **Mme ZOUGAGH NASSERA**

| PRESTATIONS         | Nombre | Prix unitaire | Montant          |
|---------------------|--------|---------------|------------------|
| MAMMO+ECHO MAMMAIRE | 1.00   | 880.00        | 880.00           |
|                     |        | Sous-Total    | <b>880.00 DH</b> |

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Huit cent quatre-vingt dirhams**

**Total : 880.00DH**

|            |                  |           |
|------------|------------------|-----------|
| Adhérent : | Part organisme : | 0.00 DH   |
| Mle :      | Part patient :   | 880.00 DH |
| PC N° :    |                  |           |

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

**M U P R A S**

N° Admission : 21013147 N° Facture : 21012915 Date facturation: 26/11/2021

Nom et prénom du patient : Mme ZOUGAGH NASSERA

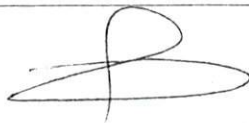
| PRESTATIONS         | Nombre | Prix unitaire | Montant   |
|---------------------|--------|---------------|-----------|
| MAMMO+ECHO MAMMAIRE | 1.00   | 880.00        | 880.00    |
|                     |        | Sous-Total    | 880.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit cent quatre-vingt dirhams

**Total : 880.00DH**

|            |                  |           |
|------------|------------------|-----------|
| Adhérent : | Part organisme : | 0.00 DH   |
| Mle :      | Part patient :   | 880.00 DH |
| PC N° :    |                  |           |



# Professeur Fawzi MIKOU

Gynécologue - Obstétricien

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Diplômé de Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

ACCOUCHEMENT - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

ET CANCÉROLOGIQUE - MALADIES DU SEIN

ENDOSCOPIE - STÉRILITÉ - MÉDECINE FOETALE

# الدكتور فوزي ميكو

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات باريس

إختصاصي في التوليد، جراحة أمراض النساء

و أمراض السرطان - أمراض الثدي و الرحم - العقم

الجراحة بالمنظار الداخلي

Casablanca Le: 25 Nove 2021

M Longach Nassery

M Longach Nassery

M Longach Nassery

Professeur Fawzi MIKOU  
Gynécologue Obstétricien  
187, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522 48 48 05  
ICE : 002203081000026

187, شارع عبد المومن - أمام محطة ترامواي (كلية الطب) - الطابق الثالث - الدا البيضاء

الهاتف/الفاكس : 0522 48 48 05 - الهاتف المحمول : 0664 44 52 44

187, Bd Abdelmoumen, en face station tramway (Faculté de Médecine) 3<sup>ème</sup> étage - Casablanca

Tél/Fax: 0522 48 48 05- GSM: 0664 44 52 44 - E-mail: pr.fawzimikou@gmail.com

Casablanca, le 26 Novembre 2021

**PR MIKOU FAWZI**

**MME. ZOUGAGH NASSERA**

## **COMPTE RENDU**

### **MAMMOGRAPHIE NUMERISEE AVEC TOMOSYNTHESE**

#### **Technique :**

*Incidences crânio-caudales et obliques externes avec tomosynthèse.*

#### **Résultat :**

- Seins de densité type A.
- Calcifications de type dystrophique au niveau des deux seins.
- Absence d'opacité spiculée ou de zone de distorsion architecturale.
- Absence de foyer de microcalcifications d'allure suspecte.
- Respect du revêtement cutané et de la graisse sous cutanée.
- Opacités ganglionnaires axillaires d'allure banale.

### **ECHOGRAPHIE MAMMAIRE**

- Absence d'anomalie focale identifiable au niveau des deux seins et des creux axillaires.

#### **Conclusion :**

- Calcifications de type dystrophique au niveau des deux seins.
- Examen classé BIRADS 2.

  
**DR LAHLOU NEZHA**