

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 canaux, 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 canaux.

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

- Information : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-728671

128703

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5467 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaïlée

Nom & Prénom : Madame HAJJI Asmaa

Date de naissance : 09/01/55

Adresse : Av El Oudi - Riad Andalous - Résid B/maia
n°2 - Calédonie - Casablanca

Tél. : 06 61 14 2446 Total des frais engagés : 900 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23-08-2022

Nom et prénom du malade : HAJJI Asmaa Age :

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

Nature de la maladie : mastodynie

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 : 23/08/22

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
23-08-2022	C	001	6000	INP : 091071001

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
23, Rue Sebta Casablanca	23/08/22	245 K30	90000

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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 091071001																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	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

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 23 août 2022

Facture N° 2480/2022

Nom patient : HAJJI ASMAA

Examen(s) réalisé(s) :
MAMMOGRAPHIE+ ECHOGRAPHIE:

Montant : 900 DH
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

NEUF CENTS DIRHAMS
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423

Dr HAJJI Mayy
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRISS 1^{er}
CASABLANCA
Tel / Fax : 0 22 8638 13

ICE
001702702000002

EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

PATIENT

NOM : *Hajji* PRENOM : *Asmaa* AGE :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Postopératoire

EXAMEN DEMANDE

Mammographie + Echographie

mammoe b

DATE : le *23.08.2022*



DR. MAYY HAJJI
MEDECINE INTERNE
120 Bd. IDRISS 1^{er} - CASA
Tél : 091071004
Fax : 001702702000002



IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca, le 23/08/2022

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e), **HAJJI ASMAA**

MAMMOGRAPHIE BILATERALE

Seins lipomateux avec résidus glandulaires rétro-mamelonnaires.

Absence d'opacité anormale ou de foyer de micro-calcifications.

Absence d'anomalie cutanée.

Projection de petits ganglions axillaires.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Seins d'échostructure homogène.

Absence de formation anormale.

Absence d'adénopathie axillaire.

A noter une dilatation bilatérale des canaux galactophores en retro-mamelonnaire.

Conclusion/

Ectasie canalaire modérée bilatérale.

Examen mammo-échographique normal par ailleurs.

BI-RADS 2 de ACR.

Dr MAHFOUD Latifa
INPE: 091096628

Confraternellement
Dr. MAHFOUD

CLASSIFICATION BI-RADS
(American College of Radiology) (ACR) :

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 un 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).

23, Rue Sebta - Quartier des Hôpitaux - Casablanca - Tél : 05 22 49 09 60/61 - Fax : 05 22 49 09 62

Email : radiologiesebta23@gmail.com : البريد الإلكتروني : Site web : www.radiologiesebta.com : الموقع الإلكتروني :

Patente : 34400143 - C.N.S.S : 2567157 - I.F : 01084042 - R.C : 65423 - ICE : 00151 497 8 000009