

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A L'ADHÉRENT
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES DÉPENSES**



Déclaration de Maladie
M22- 0005205

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : A31204
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ROCHI M'hammed
 Date de naissance : 14-6-1955
 Adresse : Denoua walili 7 rue
Abdoulham Khelil H. S. CASA
 Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 1564,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ROCHI M'hammed Age: 21
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Adh. breux
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : 15/07/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

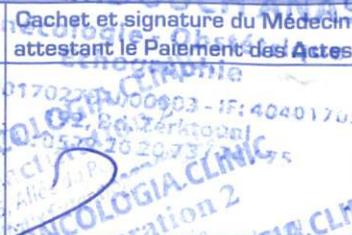
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

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
15/08/22	CS		G	
22/08/22	change de pasant	120,00		
26/08/22	change de pasant	120,00		
01/09/22	change de pasant	120,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/22	154,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/08/22	echo Reperage	500,00 dh
	15/08/22	B280	550,00

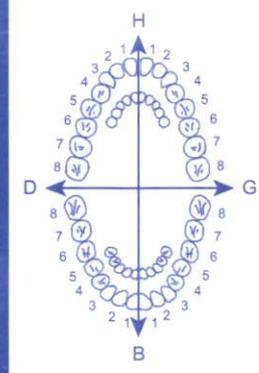
LABORATOIRES MEDICAUX

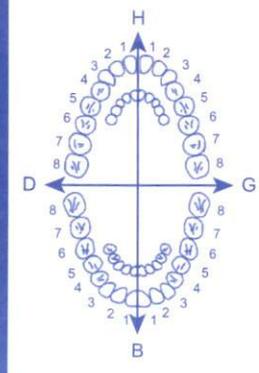
Cachet et signature du Praticien	Date des examens	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien doit 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Coral 11/08/22

In 1^{er} Nocturne Wien

PPV: 138,30 DH
LOT: 649216
PER: 03/24

138,30



Agnes

15 x 31

15,80

Doliprène

PPV: 14DH00
PER: 01/25
LOT: L368

15 x 31

154,10

DIAGNOSTIC LAB
Dr. Mohamed LAHLOU
28, Bis Rue Talonique
Angle Rue Bema Casa
Tél: 05 22 86 54 95
Fax: 05 22 81 54 95
RC: 31850

0522 86 27 00 Fax: 0522 86 25 56
Casablanca
Quartier des Hôpitaux Extension
15, Allée du Persée
RYAD ONCOLOGIA



Le 15/08/2022

Rochdi Wiam

Echographie de

Reperage

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sec Radiologie
15, Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension Casablanca
Tél: 0522 86 62 71

Dr. HAMDOUCH ANAS
Gynécologie - Obstétrique
Echographie
CE: 001702781000003 - IF: 40401705
192, Bd. Zerktouni
Tél: 0522 20 20 73 / 74 / 75

Docteur Zineb SAHEL
Médecin Radiologue
Ryad Oncologia Clinic
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casa
Tél: 0522 86 27 00 Fax: 0522 86 25 56



Cela le 17/08/20

Je suis en MA avec le taux de
de l'avis de la cellule
opératoire de ce type de tumeur.
Ni avec ce type de tumeur.
pour le type de tumeur
à fait

Dr. HAMDOUCH ANAS

Gynécologie - Obstétrique
Echographie

CE: 001782781000003 - IF: 40461705

192, Bd. Zerktouni

Tél: 0522 20 20 73 / 74 / 75



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 15/08/2022

Date de réponse : 18/08/2022

Sexe : F

Age : 21 ans

N° d'examen : 2208H0385

Nom et Prénom : Mme ROCHDI WIAM

Médecin traitant : Dr. HAMDOUCH

Nature du prélèvement : Nodules du sein droit.

Renseignements cliniques : Nodule de 3 cm du quadrant inférieur et une petite masse de 0,5cm du quadrant supérointerne.

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné comporte un flacon renfermant trois fragments pesant ensemble 30 grs, mesurant entre 1cm et 3cm de grand axe. Ce dernier correspond à une formation nodulaire bien limitée.

Du point de vue histologique, les échantillons effectués sur les trois fragments, montrent au niveau de la formation nodulaire de 3 cm, une prolifération fibro-épithéliale de distribution homogène. Cette prolifération est faite de structures épithéliales étroites ou modérément tortueuses, tapissées par un revêtement cubo-cylindrique régulier sans atypies ni figures de mitose. Le tissu conjonctif entourant ces structures épithéliales est fibro-collagène, modérément cellulaire.

Les deux fragments correspondent à du parenchyme mammaire fibreux et siège de petits foyers d'adénose glandulaire.

CONCLUSION :

- Adénofibrome mammaire (formation de 3 cm).
- Mastopathie fibrokystique sur les deux autres fragments avec des petits foyers d'adénose glandulaire.
- Absence de signes de malignité.

Dr BADRE Latifa
Anatomocytologiste
86, Bd My Idriss I, Casablanca
Tél: 0522 86 18 30 / 0522 86 18 30
ICE 001633133000057



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس I
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRIS I^{er}
Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE
Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 15/08/2022

Nom & Prénom : ROCHDI WIAM
N° d'examen : 2208H0385
Date réponse : 18/08/2022

FACTURE N° 22/05954

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Nodules du sein droit.	B280	550,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Cinq cent cinquante Dirhams

Mode règlement :

Signé : Dr L. BADRE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
MOULAY IDRIS I^{ER}
86, Bd. My Idriss I^{er} (Face à l'École
Charles de Foucauld) Rés. Al Jawaher
Tél : 05 22 86 18 36 / 29-Casablanca
ICE - 001421133000057



F A C T U R E

N°: 12969 / 2022 du 14/09/2022

Nom patient **ROCHDI Wiam**
PAYANT

Entrée 22/08/2022

Sortie 22/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			<i>Sous-Total</i>	120,00
Total Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sce Facturation 2
15, Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél: 05 22 86 27 00 / 86 25 31
Fax: 05 22 86 25 56

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologieriad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM:06619967 / Fax: 0522862556
TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919/ ICE: 001741149000027



F A C T U R E

N° : 12670 / 2022 du 07/09/2022

Nom patient **ROCHDI Wiam**
PAYANT

Entrée 26/08/2022
Sortie 26/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			<i>Sous-Total</i>	120,00
Total Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS	Total	120,00
--------------------	--------------	---------------

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sce Facturation
15, Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél: 05 22 86 27 00 / Fax: 05 22 86 25 56

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (L.G) / GSM:06619967 / Fax: 0522862556

TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027



F A C T U R E

N° : 12730 / 2022 du 08/09/2022

Nom patient ROCHDI Wiam
PAYANT

Entrée 01/09/2022

Sortie 01/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHANGEMENT DE PANSEMENT	1,00		120,00	120,00
			<i>Sous-Total</i>	120,00
Total Clinique				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Compte bancaire : 007 780 000351800000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Sce Factur: 2
15, Allée du
Q. des Hôpitaux Exten: Casablanca
Tél: 05 22 86 27 00 Fax: 05 22 86 25 56

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

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

Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N° 15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM:066199677 / Fax: 0522862556

TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919/ ICE: 001741149000027



F A C T U R E

N° : 11265 / 2022 du 15/08/2022

Nom patient **ROCHDI Wiam**
PAYANT

Entrée 15/08/2022

Sortie 15/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE DE REPERAGE	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	500,00
Total Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Compte bancaire : 007 780 000351800000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
 Sce Radiologie
 15, Allée du Persée
 Q. des Hôpitaux Extension Casablanca
 Tél: 0522 86 62 71

Professeur A.ACHARKI
 Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
 Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
 Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

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

Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.com

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) GSM: 0661996726 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

TP: 37990430 / IF: 40229787 / C.N.S.S: 85879190 / C.E. 20074114900027 / TP: 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



Casablanca , le 15/08/2022

Patient : ROCHDI WIAM

Prescripteur: DR. A HAMDOUCH

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE DE REPERAGE

RESULTAT :

Repérage échographique pré-opératoire de la formation tissulaire du quadrant supéro-interne droit, visible sur le rayon de 1 heure, à deux travers de doigt de la plaque aréolo-mamelonnaire, de contours polylobés bosselés, mesurant environ 8 x 5 mm, visualisé à 8 mm du revêtement cutané.

Le quadrant supéro-interne droit est également siège d'une seconde formation évoquant un adénofibrome, visible en juxta-aréolaire, mesurant environ 8 x 5 mm.

La formation à cheval des quadrants inférieurs droit est palpable cliniquement.

Repérage cutané par feutre réalisé.

Merci de votre confiance.

DR.SAHEL

Docteur Zineb SAHEL
Médecin Radiologue
Ryad Oncologia Clinic
15, Allée du Persée O. des Hôpitaux Casa
Tél. 05 22 86 27 00 Fax 05 22 86 25 56

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologieriad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919