

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

Nº P19-0039401

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Matricule : | 6081 | Société : | SAASAA AITCHA |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 143325 |
| Nom & Prénom : | | SAA SAA AITCHA | |
| Date de naissance : | | 15.06.1955 | |
| Adresse : | | 109 Lot AL FATH 1 Sidi Nacraef Florida Cesq | |
| Tél. : | | 06 58 49 06 63 | Total des frais engagés : #850 # Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | N. 1191 LOT AL ADRASSA MEDECIN DE LA CLINIQUE DOCTEUR EL HABIBI DR. SAASAA AITCHA | | |
| Date de consultation : | 19.01.2022 | Age : | 67ans |
| Nom et prénom du malade : | SAASAA AITCHA | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Nodule de sein | | |
| 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 : 03.01.2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <u>12</u> | <u>C.D</u> | | |
| <u>12</u> | <u>C.1</u> | | <u>150,-00</u> |
| <u>22</u> | | | |

Antestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------------|------------------------------|------------------------|
|  109 Résidence Souk El Hidaya Préfecture Aïn Chock Tel: 05 22 32 17 45 | 12.12. 2021 | 247. Kus | 702 Dhs |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

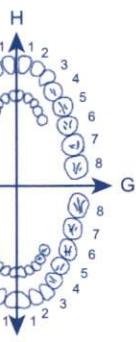
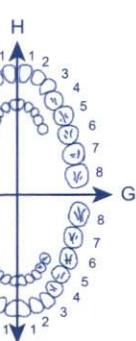
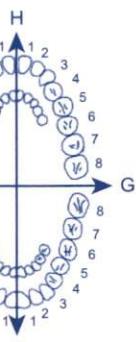
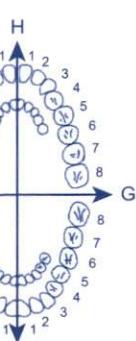
8

RELEVE 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 | |
|--|---|--|-------------|---|
|  | | | | 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 B 00000000 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | (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

Docteur EL JABIRI MINA
MÉDECINE GÉNÉRALE
CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ECOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة
الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 12.12.22 الدار البيضاء، في:

ORDONNANCE

Mme SAASAA ALIWA

62

→ Mammographie + ECOGRAPHIE
Mammary

Nodule sur QTE du
sein DR

Radio Diagnostic mas de régole sous
Sidi Maarouf

109 Résidence Soufiane Sidi Maarouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

Docteur EL JABIRI Mina
Médecin Généraliste
n° 119 Lot Al Adarissa
Sidi Maarouf - Casa
06 70 80 39 37 - 05 22 97 37 25



الفحص بالأشعة سيدى معروف
RADIODIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 12/12/2022

FACTURE N° : 05413/2022

Nom & Prénom : SAASAA AICHA
Date d'examen : 12/12/2022

| <i>Examens</i> | <i>Honoraires</i> |
|--------------------------------------|-------------------|
| MAMMOGRAPHIE+ECHOGRAPHIE MAMMAIRE | 700 DH |
| NET A PAYER | 700 DH |

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

109، شارع شيماء لوبيضا - سيدى معروف - الدار البيضاء
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I.F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma

Radio Diagnostic
Sidi Maarouf
Casablanca
109, Residence Soufiane Sidi Maarouf
Prefecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

109 شارع شيماء لوبيضا - سيدى معروف - الدار البيضاء
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I.F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma



Dr. Nadia Moubachir

Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune

Spécialiste en Radiologie

Casablanca, Le 12/12/2022

PATIENT

: SAASAA AICHA

MEDECIN TRAITANT

: DR EL JABIRI MINA

MAMMOGRAPHIE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

CONTEXTE :

67 ans. Nodule du QIE du sein droit+ masse dure du creux axillaire droit.

MAMMOGRAPHIE BILATERALE :

Seins en involution lipomateuse (Densité B).

Présence d'une opacité irrégulière du QIE du sein droit, centrée par des microcalcifications polymorphes et irrégulières.

Petite opacité arrondie du QSE du sein droit

La masse axillaire droite n'est individualisée à la mammographie

Intégrité des plans cutanés et sous-cutanés.

Absence d'opacité du sein gauche.

Le prolongement axillaire gauche est libre.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

Balayage des différents quadrants à l'aide d'une sonde superficielle à haute fréquence.

Présence d'une lésion tissulaire hypoéchogène de contours irréguliers du QIE du sein droit de 18 x 15 mm.

Mise en évidence d'une volumineuse masse tissulaire irrégulière, occupant le prolongement axillaire et le creux axillaire droit, mesurant approximativement 70 x 60 mm.

Petite lésion arrondie et hypoéchogène du QSE de 6 mm.

Présence de quelques petits kystes simples en rétro aréolaire du sein gauche.

Creux axillaire gauche libre.

CONCLUSION :

Volumineuse masse tumorale du prolongement et du creux axillaire droit de 70 x 60 mm et lésion du QIE de 18 x 15 mm, classées BI RADS ACR 5.

Petite lésion arrondie du QSE de 6 mm (BI-RADS ACR 4).

Confraternellement

Dr MOUBACHIR NADIA

DR. MOUBACHIR NADIA
Radiologue
109 Lot. Soufiane Sidi Maârouf
Casablanca

Radio Diagnostic

Sidi Maârouf
109, Résidence Soufiane Sidi Maârouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 05

109 .تجزئة سفیان- سیدی معروف - الدار البيضاء

109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca - Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma

ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - IF : 31860431 - CNSS : 1276798

www.radiologiesidimaarouf.ma