

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

- 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.

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° W21-766735

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03406 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEBAA MOHAMED
 Date de naissance : 27-09-1959
 Adresse : RUE G N°20 Lotissement Vermont
 DOLO - CALIFORNIE - CASABLANCA
 Tél. : 066152514 Total des frais engagés : 1349,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04/11/2022
 Nom et prénom du malade : AMEL WAFER
 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 : 01/10/2023
 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 Règlement des Actes
04/11/22	Q	G1	95,10	Dr. EL HAOUARI Bynéco. Obstétricien 13. Rue Neufchâteau Tél. 26.07.25 / 26.07.26

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
400 R. DE LA DIAGNOSTIC 20. Ahric Roudani 05 22 25 13 07 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 01 e-mail: r.roudani@hotmail.fr	04/11/22	V.30 24	1200,00

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

VOLET ADHERENT

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21493552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21493552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																			
	25533412	21493552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	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. Mohamed EL HAOUATI

Gynécologue Accoucheur - Stérilité
Cœlioscopie, Colposcopie - Hystéroscopie
Sénologie (maladies du sein)
Echographie
Chirurgie Gynécologique
Ex. enseignant au C.H.U. de Casablanca

الدكتور محمد الحواتي

أمراض النساء والولادة والعقم
الفحص بالمنظار الداخلي وأمراض الثدي
جراحة أمراض النساء
الفحص بالأشعة فوق الصوتية
أستاذ وطبيب داخلي سابقا بمستشفى
ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le

4 Mars

Me se souven Houda

mon - plus El Houda

Dr. EL HAOUATI Mohamed
Gynéco. Obstétricien
13, Rue Neufchâteau
Tél.: 26 07 85 / 26 10 14

Dr. MEZER MAROUJI Wafae
RADIOLOGUE

CENTRE DE RADIOLOGIQUE
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maarif
Tél: 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04
Fax: 05 22 25 13 06



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 04/11/2022

FACTURE N° : FA:00 10561/22
Nom : EL OUFIR HOUDA EP. SEBAA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

MAMMO-TOMOSYNTHÈSE 900,00 Dhs

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE 300,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
Tél: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax: 0522 23 50 68
e-mail: r.roudani@houria.ma

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Patient
Médecin traitant

EL OUFIR HOUDA EP. SEBAA
DR EL HAOUATI MOHAMED

MAMMOGRAPHIE BILATERALE PLEIN CHAMP NUMERIQUE
TOMOSYNTHESE 3D
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE ET AXILLAIRE BILATERALE

RC : 53 A / 4 P / Sans antécédent sénologique familial / Antécédent personnel de chirurgie mammaire de réduction bilatérale il y a une dizaine d'années.

Technique : Deux incidences par sein (face et oblique externe).

Examen comparé à celui du 03/04/2018.

Résultat:

Mammo-tomosynthèse :

Seins de volume symétrique.

Parenchyme mammaire en involution fibrolipomateuse, type A.

Mise en évidence au niveau de la région rétro-aréolaire gauche de plusieurs petites formations arrondies, finement cerclées, comportant des macrocalcifications. Cet aspect est stable par rapport à celui de l'examen précédent.

On note par ailleurs quelques microcalcifications éparses bilatérales.

Pas d'image de désorganisation architecturale suspecte visible dans l'un ou l'autre sein.

Les revêtements cutanéomamelonnaires sont normaux.

Echographie mammaire

On retrouve au niveau de la région rétro-aréolaire gauche deux formations kystiques contiguës, infracentimétriques, calcifiées en périphérie, correspondant à des kystes de cytotéatonécrose.

Par ailleurs, il n'est pas individualisé de nodule tissulaire, ni d'image d'atténuation suspecte.

Absence d'image ganglionnaire axillaire d'allure suspecte

Conclusion :

Petits kystes de cytotéatonécrose rétro-aréolaires gauches.

Pas d'anomalie d'allure suspecte visible ce jour dans l'un ou l'autre sein.

Examen classé ACR 2 à droite et à gauche de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. W. MSEFER FAROUQI

NB : Prière de rapporter les anciens clichés en cas de nouvel examen.

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

BI- RADS 0 de ACR : Nécessité d'investigations complémentaires.

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 1 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).

CRR CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

400, Bd. Brahim Roudani, 1^{ère} étage, Maârif - 20100 - Casablanca
Tél.: 05 22 25 22 96 / 05 22 23 50 70 / 05 22 25 13 02/07
06 60 73 95 97 - Fax: 05 22 23 50 68
Web : www.crr.ma

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Nom et prénom : **EL OUFIR HOUDA EP SEBAA**

Type d'examen : **MAMMO-ECHO**

Date d'examen : **04/11/2022**

