

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-005528

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : 155758

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 0662 100570 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### تعلیمات یجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à un accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne ont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la NSS est subordonnée au respect des conditions élementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية  
(وصفات طبية، فواتير...).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين  
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشرطي للأدوية  
المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية  
المرجعية.


تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة. لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي  
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة <b>Cachet et signature de l'Agence</b>	<u>خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري</u> <b>Réservé à la DAMO</b>
Identification de l'agent : .....	Date d'arrivée :   _ _     _ _     _ _     _ _   تاريخ الإستلام :
Date de dépôt du dossier :   _ _     _ _     _ _     _ _   تاريخ الإبداع :	

 <p>الجمهورية التونسية MSSS Le devoir de vous protéger</p>	<p><b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b></p>	<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Réf. : 610-1-03 مرجع رقم</p>
<p><b>N° Dossier :</b></p>		<p>مراجعة رقم 610-1-03</p>	
<p><b>Partie réservée à l'assuré(e)</b></p>		<p><b>خاص بالمؤمن له (لها)</b></p>	
<p>Nom et prénom : <b>EL MECHRAFI AZIZA</b></p>		<p>الإسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>N° Immatriculation : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>رقم التسجيل :</p>	
<p>N° CIN : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *</p>		<p>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *</p>	
<p>Conjoint <input type="checkbox"/> زوج      Enfant <input type="checkbox"/> ابن</p>		<p></p>	
<p>Adresse : <b>123, rue Abou EL WAT LES. SALAH B Apt 9</b> <b>Bourkoine CHA</b></p>		<p>العنوان :</p>	
<p>Montant des frais : <b>د. 0.00</b></p>		<p>مبلغ المصاريف :</p>	
<p>Nombre de pièces jointes : <b>0</b></p>		<p>عدد الوثائق المرفقة :</p>	
<p><b>Déclaration du Médecin traitant</b></p>		<p><b>تصريح الطبيب المعالج</b></p>	
<p>Bénéficiaire de soins</p>		<p>المستفيد من العلاجات</p>	
<p>Nom et prénom : <b>EL MECHRAFI AZIZA</b></p>		<p>الإسم العائلي والشخصي :</p>	
<p>Date de naissance : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>تاريخ الميلاد :</p>	
<p>N° CIN : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>رقم بطاقة التعريف الوطنية :</p>	
<p>Sexe : <b>M</b> <input type="checkbox"/> ذكر      <b>F</b> <input checked="" type="checkbox"/> أنثى</p>		<p>الجنس : *</p>	
<p><b>INPE et code à barres **</b></p>		<p><b>الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **</b></p>	
<p>Médecin traitant الطبيب المعالج</p>		<p>Etablissement de soins المؤسسة العلاجية</p>	
<p>Type de soins</p>		<p>نوع العلاجات</p>	
<p>Admission ALD : <b>Oui</b></p>		<p>قبول المرض المزمن : *</p>	
<p>N° dossier ALD : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>رقم ملف المرض المزمن :</p>	
<p>Code ALD : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>رمز المرض المزمن :</p>	
<p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض *</p>		<p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء *</p>	
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p>		<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p>	
<p>Fait à : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p>	
<p>Le : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>Fait à : <b>1111 1011 119516</b></p>	
<p>Le : <b>1111 1011 119516</b></p>		<p>Le : <b>1111 1011 119516</b></p>	
<p>توقيع المؤمن له</p>		<p>توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p>	
<p>Signature de l'assuré(e)</p>		<p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>	

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
 \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.  
 080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدال الرياض المظلة - ب. ب. 2186  
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca R.P. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333



[illegible]

Actes Paramédicaux							عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical			
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _								
INPE et code à Barres  _ _ _ _ _ _ _ _ _								

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
28/12/22		K80 + 282	1200,00		
INPE et code 					
INPE et code à Barres 					

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 13/12/2022

**Mme El Mechrafi Aziza**

63,60 x 3

COLPOTROPHINE

1 Ovule le lundi et jeudi (pendant 6 mois)

90,00 x 6

REPADINA

1 ovule les mardi et vendredi (pendant 6 mois)

120,00

GYNOCAPS

1 gelule vaginale le mercredi (pendant 3 mois)

136,60 x 3

AMLOR 5

1 comprimé le matin (pendant 3 mois)

131,90

CANAFLUCAN 150

1 cp par semaine (pendant 7 semaines)

87,30

DERMOFIX crème

1 application, matin et soir (pendant 8 jours)

32,50

DIPROSONE crème

1 application, matin et soir (pendant 8 jours)

95,00

SEPTIDOL 8

Toilette matin et soir

T = 1607,30

PHARMACIE LAJAJMA  
Nadia Z. LAJAJMA  
Avenue du Prof. Boudiaf Laghach  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67







AMlor 5mg

56 COMPRIMÉS



AMlor 5mg

56 COMPRIMÉS

AMlor 5mg

56 COMPRIMÉS



AMlor 5mg



CANALUCAN 10mg

Boîte de 7 gélules

Boîte de 7 gélules

Dermofix crème

Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



9 618000 240255

DIPROSONE 0,05 %

crème



9 618000 050212



maphar 10/0,05

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

action :  
c un peu d'eau, pendant  
l'insertion,  
fond du vagin le soir

Inconfort intime :  
insale 2 fois/jour  
pendant 7 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Insale 1 fois/jour  
pendant 14 jours

Gynocaps®

Probiotique

Régénère  
le Microbiote Vaginal



14

Capsules

Vaginales

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

ALTHÉA

Le déséquilibre du microbiote vaginal est  
la cause de certaines démangeaisons,  
brûlures, pertes plus importantes,  
irritations, mauvaises odeurs et inconfort  
périnéal. Grâce à ses constituants  
totalement naturels, Gynocaps® rééquilibre  
le microbiote vaginal.

Gynocaps® est composé d'une souche unique  
et naturelle de *Lactobacillus rhamnosus*,  
qui est le résultat de 20 ans d'études  
gynécologiques et utilisé par plus de 12  
millions de femmes à travers le monde.  
Cette souche étant pionnière, elle favorise la  
restauration du microbiote natif et réduit la  
colonisation.

Composition

Chaque capsule

- 341 mg

(Lactose)

- Lactose

- Magnésium

- HPMC

Fabricant

bio

Rue

15 15

France

Distrib

ALT

76, 1

200



Exp Date

MAI 2023

Lot/Batch

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

Exp Date

MAI 2023

Lot/Batch

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954

8P954



maphar 10/0,05

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20

COLPROPHANE 10 mg CAP VAG BT 20



# 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 Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Génomique  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 28/12/2022

FACTURE N° : FA:00 12561/22  
Nom : EL MECHRAFI AZIZA EP /

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

MILLE DEUX CENTS DHS

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

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	300,00 €
MAMMO-TOMOSYNTHESE	900,00 €

Total de : 1 200,00 €

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WARA BANK /007780000357900000015342



**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : .....

13/12/2022

**Mme EL MECHRAFI Aziza**

- Mammographie + Echographie mammaire

Centre de Radiodiagnostic  
400, Bd El Anassir - Casablanca  
Tél: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11  
Gsm: 06 28 56 92 59  
Email: c.radiodiagnostic.ma

DR. MECHRAFI FAOUZIA  
RADIOLOGUE







البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06

Emis à : CASABLANCA : أصنرب  
Le : 14/02/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 154502333 رقم التسجيل  
Règlements de la période : من  
du : 10/02/2023 : إلى  
au : 10/02/2023 : إلى

المرسل إليه Destinataire  
EL MECHRAFI AZIZA

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des  
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la  
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي  
استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

ملف رقم	تاريخ العلاج	المصنفات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EL MECHRAFI AZIZA											
112406970	13/12/2022	PH	PHARMACIES D	1607,30	0,00	1.00	9,00	0,00	0,00	10/02/2023	352,28
112406970	13/12/2022	R493	OFFICINES RADIOLOGIE	900,00	500,00	1.00	1,00	500,00	70,00	10/02/2023	350,00
112406970	13/12/2022	R402	RADIOLOGIE	300,00	200,00	1.00	1,00	200,00	70,00	10/02/2023	140,00
112406970	13/12/2022	CS	GYNECO OBSTETRIQUE	300,00	150,00	1.00	1,00	150,00	77,00	10/02/2023	115,50
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											957,78
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											957,78

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:  
يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



Patient  
Médecin traitant

EL MECHRAFI AZIZA EP AOUAME  
DR LAYACHI-TAHIRI FAOUZIA

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

**RC :** 67 A / 2 P / Sans antécédents sénologiques personnels / Antécédents familiaux : mère, sœur et nièce.

**Examen clinique :** pas de lésion palpable ce jour.

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

Examen comparé à celui du 01 octobre 2018.

**Résultat:**

**Mammo-tomosynthèse :**

Seins de volume symétrique, sièges d'opacités conjonctivo-glandulaires éparses : densité type B.

Absence de masse ou d'image de désorganisation architecturale suspecte visible.

Présence de quelques microcalcifications éparses bilatérales, sans caractère suspect, d'aspect stable.

Les revêtements cutanéomammelonnaires sont normaux.

**Echographie mammaire :**

Absence de kyste, de nodule tissulaire ou d'image d'atténuation suspecte visible dans l'un ou l'autre sein.

Absence d'image ganglionnaire axillaire d'allure suspecte

**Conclusion :**

**Bilan mammo-échographique ne montrant pas d'anomalie d'allure suspecte.**

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

En vous remerciant de votre confiance

**Dr. W. MSEFER FAROUQ**

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

CLASSIFICATION BI-RADS (American 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 ).

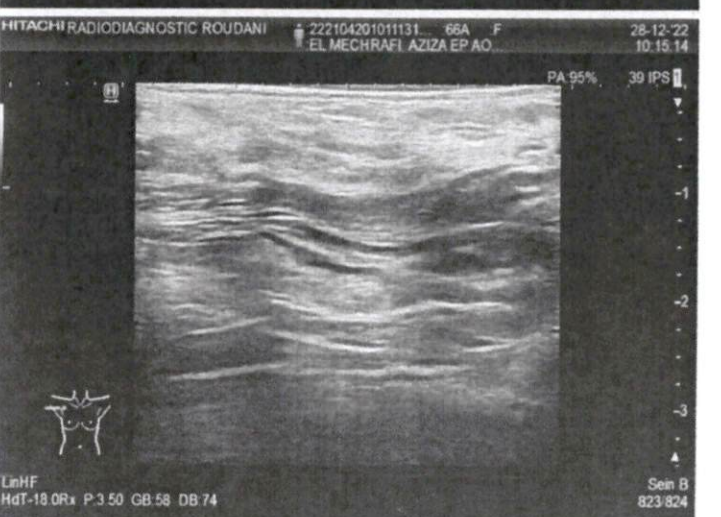
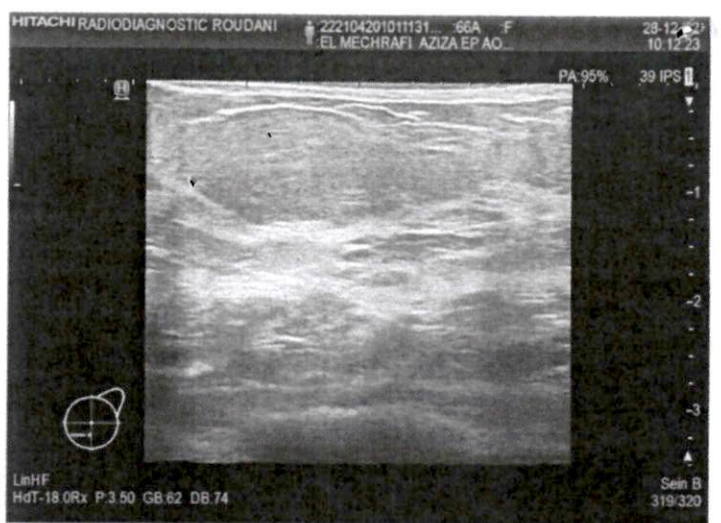
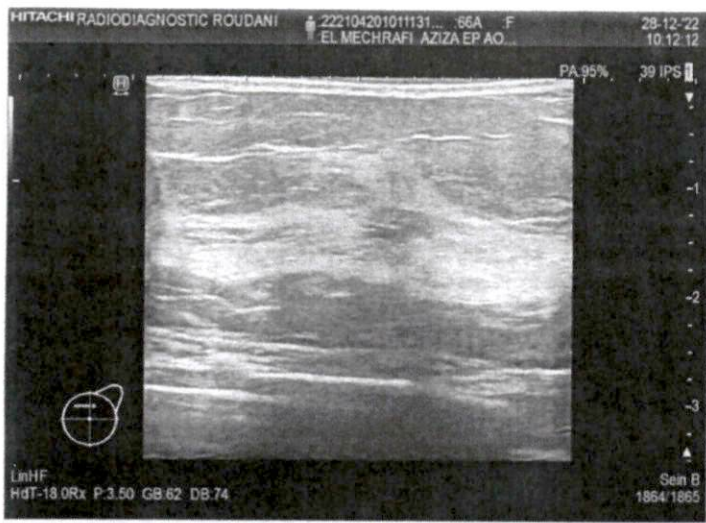
BI- RADS 2 de ACR : Lésion bénigne (surveillance systématique tous les 2 ans dans le cadre du dépistage ).

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).





EL MECHRAFI AZIZA EP AOUAME