

## 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0028828

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6441 Société : RAI 172539

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAARTI MOHAMMED

Date de naissance : 09/04/1965

Adresse : ...

Tél. : 0661060093 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...

Nom et prénom du malade : LAARTI Lina Age : ...

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : ... Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : ...

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/08/23	S		200,00	

# 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
	02/02/23	UR	500,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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></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></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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

Date de l'examen : ..... 08-08-2023 .....  
NOM: ..... LAAMARTI LINA .....  
Date de naissance ou Age : ..... 20 ANS .....  
Médecin traitant : .....

Date des dernières règles : .....  
Nbre d'enfants : ..... 0 .....

Ménopause :      Oui    ☐      Non    ☐

Traitement hormonal (traitement de la ménopause)    Oui ☐... ..

ATCD personnel du maladie du sein : ..... RAS .....

ATCD FM de cancer du sein :    Non    ☒      Oui    ☐

Degré de parentés : .....

Mammographie antérieure : non    ☒    oui    ☐    date : .....

### **Réserve aux médecins**

Clinique :    Nodule            ☐            Autre :  
                 Mastodynie        ☐  
                 Ecoulement       ☐

Mammo remarque .....  
.....  
.....

Fin du traitement                    ... / / .....



**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 : .....

08/08/2023

**Melle LAAMARTI Lina**

**Renseignements cliniques**

Nodule palpé sein droit

- Echographie mammaire

INSTITUT DE DIAGNOSTIC  
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE  
Maârif - Casablanca - 05 22 25 56 94  
05 22 98 66 11  
Dr. Houria AMRANI MIKOU  
RADIOLOGUE - SENOLOGUE





# 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 08/08/2023

FACTURE N° : FA:00 7519/23  
Nom : LAAMARTI LINA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 500,00 Dhs

CINQ CENTS DHS

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

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE. 500,00 Dhs

Total de : 500,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
ROUDANI  
400. Bd Brahim Roudani - Maârif  
20.100 Casablanca  
Tél.: 0522 25 22 96 / 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 04  
05 22 25 13 07 / 05 22 25 50 78 - Fax: 05 22 23 50 68  
e-mail: r.roudani@hotmail.fr

**Casablanca, Le 08/08/2023**

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalise(s)

**LAAMARTI LINA  
DR LAYACHI-TAHIRI FAOUZIA  
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.**

## COMPTE RENDU

**RC/20A/célibataire/sensation depuis hier d'un nodule du sein droit.**

**Examen clinique :** palpation d'un petit nodule mobile situé au Q.S.Int du sein droit.

### Bilan échographique.

**Résultat :**

L'examen ciblé sur le Q.S.Int du sein droit montre la présence d'une masse ovale, à grand axe parallèle à l'axe glandulaire, hypoéchogène homogène, de contours nets, mesurant 16 x 7,3mm.

Elle ne présente pas de signal doppler ni d'atténuation postérieure.

Le reste du balayage échographique du sein ne révèle aucune autre anomalie.

Le creux axillaire droit est libre.

Le sein controlatéral est d'aspect échographique normal.

Le creux axillaire gauche est libre.

**Au total :**

Petite masse située au Q.S.Int droit d'allure parfaitement bénigne évocatrice d'un adénofibrome.

**Un contrôle échographique à 6 mois est toutefois souhaitable.**

Examen classé ACR 3 à droite ACR 1 à gauche de la classification BIRADS.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

houriya AMRANI MIKOU



