

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

- 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° W21-827713

187774

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8985 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAKI JOHANEY YASSIR

Date de naissance : 07/06/1971

Adresse : 44, Rue des Peupliers California Golf Resort
Ville Verte Bousskora 27182

Tél. : 06 61 06 25 40 Total des frais engagés : # 1200,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2023

Nom et prénom du malade : Kadiri Maryem Age : 42

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Affection chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le en original 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 : 22/12/2023

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 Paiement des Actes
09/12/23	CS		A.C.	INP : 0910031009

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
	07/12/23	Par. J. S. Euh	12000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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 AFIFI Adnane

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : cabinet.affifi@gmail.com

Casablanca, le

04/12/23

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8 Rue Ibnou Yalaa El Ifrani
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

Mme KADIRI EP TAZI Maryem

FAIRE PRATIQUER AU CABINET DE RADIOLOGIE:

- UNE TOMOSYNTHESE BILATERALE
- UNE ECHOGRAPHIE MAMMAIRE BILATERALE

DR A. AFIFI

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8 Rue Ibnou Yalaa El Ifrani
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

DR ABDELRAHMAN ROUDANI
RADIOLOGUE
CENTRE DE DIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 0522 25 22 98 / 05 22 25 13 04
e-mail: r.roudani@hotmail.fr

Date de l'examen : 07.11.21. 2023
NOM : KADIRI MERIEM
Date de naissance ou Age : 42 ans
Médecin traitant :

Date des dernières règles : 22.11.2023
Nbre d'enfants : 2

Ménopause (traitement de la ménopause): Oui Non

Traitement hormonal : Oui Non

ATCD personnel du maladie du sein : RAS

ATCD FM de cancer du sein : Non Oui

Degré de parentés : Tante mat.
cousine mat

Mammographie antérieure : non oui date :

Réserve aux médecins

Clinique : Nodule Autre :
Mastodynie
Ecoulement

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

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



مرکز الفحص الطبى 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 - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 07/12/2023

FACTURE N° : FA:00 11899/23
Nom : KADIRI MERYEM EP. TAZI

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

MILLE DEUX CENTS DHS

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

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

Total de 1 200,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

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

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

KADIRI MERYEM EP. TAZI
DR AFIFI ADNANE

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

COMPTE RENDU

RC : 42 A / 2 P / Pas d'antécédents sénologiques personnels / Antécédent familial : Une tante et une cousine maternelles.

Examen clinique : Sans particularités.

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

Résultat :

Mammo-tomosynthèse :

Seins de volume symétrique, sièges d'un parenchyme dense et hétérogène, de type C , d'analyse radiologique limitée.

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

Présence de quelques microcalcifications mammaires gauches éparses, sans caractère suspect.

Le balayage en tomosynthèse ne montre pas d'anomalie d'allure suspecte.

Echographie mammaire :

Mise en évidence de plusieurs petits kystes au niveau des deux seins :

Sein gauche :

*Q.I.Int : Un kyste bilobé de 5 mm.

*Une ectasie canalaire focale à l'U.Q.Ext distale, de 3,4 mm de diamètre.

Sein droit :

*Q.I.Int : Un kyste de 6 mm.

*U.Q.Ext distale : Un kyste de 9,8 x 4,7 mm.

Absence de nodule tissulaire ou d'image d'atténuation suspecte décelable.

Creux axillaires libres.

Revêtements cutanés normaux.

Conclusion :

Discrets remaniements de mastopathie fibrokystique bilatéraux.
Absence 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 (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).