

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11958

Société : 189165

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKBIL Zaina

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661143482 Total des frais engagés : 300 + 1200 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/23

Nom et prénom du malade : AKBIL Zaina

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prostygme urtice

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

Signature de l'adhérent(e) : AKBIL ZAINA



RELEVE 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
21/12/2023	2		300	DR. KHALED MAHMOUD AL-KADIMI Rue Al-Mawlid 2, Bustan Al-Majlis Flag 2389, P.O. Box 14 Cassim 773 Phone: 062 74 77 73 Mobile: 09270616000084
22/12/2023				
23/12/2023				

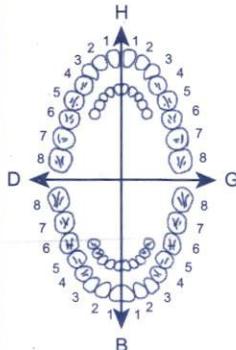
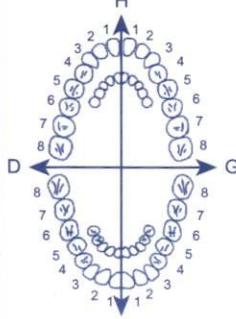
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CÉEFFICIENT DES TRAVAUX										
														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CÉEFFICIENT MASTICATOIRE			CÉEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	B	35533411	11433553	
	H	21433552												
	25533412	00000000												
	00000000	00000000												
	D	B												
	35533411	11433553												
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Dcteur EL KHADIME Amina  
Ep. Belmejdoub  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Lauréate de la Faculté de Médecine  
de STRASBOURG (France)



Gynécologie  
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة  
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
خريجة كلية الطب  
ستراتسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le: .....

21/12/2023

**AKBIL ZAINA**

**MAMMOGRAPHIE/ ECHOGRAPHIE MAMMAIRE**

- Chirurgie Gynécologique
- Accouchement
- Echographie
- Médecine foetale
- Sénologie
- Stérilité du couple
- Coelioscopie
- Hysteroscopie
- Colposcopie

Dr. EL KHADIME Amina  
Gynécologue - Obstétricienne  
Résidence Al Mawlid 2 Rue Ibnou Katir  
ESC B 1er étage N°20 Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 99 67 74 - Urgence: 06 62 74 77 73  
ICE: 002270616000084

100, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20 100 - Casablanca  
Tél: 05 22 25 13 02 / 05 22 25 13 03  
at: 05 22 15 22 00 / 05 22 25 30 70 / 05 22 25 32 00

إقامة المولود 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22 99 67 74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

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 Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 21/12/2023

FACTURE N° : FA:00 12500/23

Nom : AKBIL ZAINA

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 CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

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

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> 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

**Conclusion :**

**Remaniements de mastopathie fibrokystique bilatéraux modérés.**  
**Nodules mammaires gauches d'allure bénigne: fibroadénomes.**

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

En vous remerciant de votre confiance

**Dr. W. MSEFER FAROUQUI**

**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).                                    |

Dr. W. MSEFER FAROUQUI  
CENTRE DE DIAGNOSTIC  
400, Bd ROUDIER  
20130 Casablanca  
Tél: 05225252  
252238070  
e-mail: [farouqui@wanadoo.fr](mailto:farouqui@wanadoo.fr)

Casablanca, Le 21/12/2023

Patient  
Examen(s) réalisé(s)

AKBIL ZAINA  
MAMMO-TOMOSYNTHÈSE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

#### COMPTE RENDU

**RC :** 46A / 2P / Sans antécédents sénologiques personnels ou familiaux.

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

#### Résultat :

##### Mammo-tomosynthèse :

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

On retrouve au niveau du Q.I.Int du sein gauche le nodule connu, de forme ovalaire, de contours nets, mesurant 13mm de grand axe environ.

Par ailleurs, il n'est pas visualisé d'image de désorganisation architecturale ni de foyer suspect de microcalcifications.

On signalera une calcification unique à l'U.Q.Int du sein gauche, banale.

Revêtements cutanéo-mammelonnaires normaux.

Prolongements axillaires libres

##### Echographiemammaire :

##### Sein gauche :

.Région para-aréolaire externe : nodule tissulaire ovalaire, de contours nets de 6,7 x 2,9 x 5mm.

.Q.I.Ext : kyste de 4,8mm.

.Q.I.Int : nodule tissulaire ovalaire, bien limité, discrètement hétérogène, mesurant 14 x 13,4 x 8,9mm, il est de dimensions stables ( nodule ayant fait l'objet d'une microbiopsie échoguidée)

##### Sein droit :

.Q.S.Ext : macrokyste de 17,8 x 9mm.

.Région sus aréolaire : petit kyste de 4,4mm.

.Q.I.Ext : kyste de contenu échogène de 5mm.

Absence d'image d'atténuation suspecte décelable.

Creux axillaires libres.