

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

- Reclamation : 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 Angie 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° M21- 070200

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11958

Société :

☒ 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 : 21/10/23

Nom et prénom du malade : AKBIL Zaina

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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) :



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
12/23	S		300	

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
	21/11/23	130 + 282	1200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

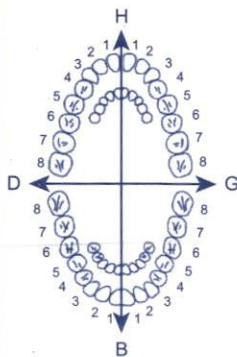
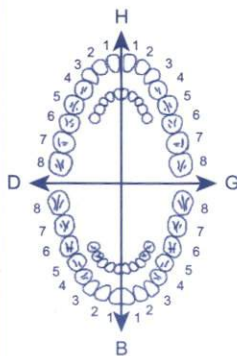
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

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

Cabinet de



Gynécologie
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمينة
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب
بستراسبورغ (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 - Extension
Casablanca
Tél. 05 22 99 67 74
Urgence : 06 62 74 77 73
ICE : 002270616000084

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

إقامة المولد 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



مرکز 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 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-TOMOSYNTHESE
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

900,00 Dhs

300,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20 1000 Casablanca
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

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. M. MUSEFER FAROUKI

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).

Casablanca, Le 21/12/2023

Patient
Examen(s) réalise(s)

AKBIL ZAINA
MAMMO-TOMOSYNTHESE + 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 ovale, 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 cutanéomamelonnaires normaux.

Prolongements axillaires libres

Echographiemammaire :

Sein gauche :

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

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

.Q.I.Int : nodule tissulaire ovale, 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.