

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2584

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

BADRANE

FODA

Date de naissance :

Adresse :

06 66 89 36 71

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 :

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

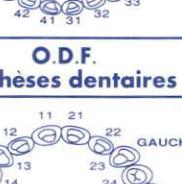
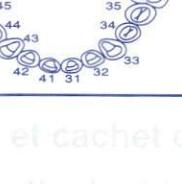


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux
				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>
	$  \begin{array}{c c}  H & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \\  & 00000000 \\  & 35533411 \\  \hline  G & 00000000 \\  & 11433553  \end{array}  $			<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
	<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
				<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	<b>Mle</b>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 0059962</b>
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

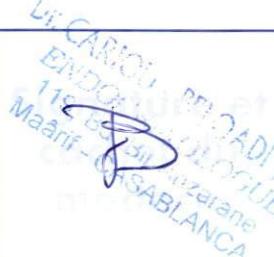


**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

P 17/0059962

**DATE DE DEPOT**

18 / 09 /2015

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2584	 Béniouss de Béniouss Béniouss Béniouss
Nom & Prénom <u>BANDRANE FOUAD</u> Fonction <u>RETRAITE</u> Phones <u>0666823631</u> Mail _____			
MEDECIN	Prénom du patient <u>HABIBA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age _____		Date <u>13.09.2019</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>nodules bleus du sein</u> <u>deficit en co et nr 03</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		<u>G</u> <u>a</u> <u>G</u>	
PHARMACIE	Date _____		
Montant de la facture <u></u>			
 Signature et cachet du Pharmacien			
ANALYSES - RADIographies		Date <u>13/09/19</u>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>Eccho +</u> <u>Mammographie</u>	<u>700,00</u>		
 Centre de Radiologie El Oulfa Bd. Oum Rabia - Rue 50 N° 2 Casablanca - 20220 Tel: 05.22.93.04.93 - Fax: 05.22.93.56.3			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date _____	
Nombre AM PC IM IV			
Montant détaillé des Honoraires			

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بالقاضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M<sup>me</sup> BADIAINE Hélène

Casablanca, le : 13/09/2019

Mamma replie + echo graphie  
mammaire

Née en 1953

pas de THS.

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGUE  
119, Bd. Bir Anzarane  
Maârif - CASABLANCA

Centre de Radiologie El Oulja  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05 22 99 04 93 - Fax: 05 22 93 56 3

119، شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 13/09/2019

## FACTURE N°08912/2019

NOM & PRENOM: TAHIR HABIBA

EXAMEN	MONTANT
ECHO MAMMAIRE+ MAMMOGRAPHIE	700 DH
TOTAL	700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :SEPT CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tel: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 1\*

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulnfa@.com](mailto:radiologie-oulnfa@.com)

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

**Dr Bouchaïb EL MDARI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 13/09/2019

PATIENT

: **TAHIR HABIBA**

MEDECIN TRAITANT

: **DR. CARIOU BELQADI Joelle**

EXAMEN(S) REALISE(S)

: **ECHO MAMMAIRE+ MAMMOGRAPHIE**

**MAMMOGRAPHIE :**

- Seins de densité type B.
- Sein droit : Présence au niveau du QSE et en rétro mamelonnaire de deux surcroits d'opacité circonscrits calcifiés bien limités, mesurant respectivement 15mm et 8mm
- Sein gauche : Surcroit d'opacité de 10mm du QSE, bien limité, peu densifié.
- Au niveau du prolongement axillaires deux surcroits d'opacité circonscrits, millimétriques aux centres clairs compatible avec des ganglions intra mammaire.

**ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :**

- **Sein droit** : Présence de deux masses tissulaires hyperéchogènes, bien limitées aux contours polylobés de siège et de dimensions comme suit : UQS : 12x10mm calcifiée
- QII : 8x3mm
- **Sein gauche** : QSE : formation kystique de 9x5mm à paroi discrètement épaissie à contenu liquidiens.
- Micro kyste simple de 5mm du QIE
- Plans musculaires profonds et revêtements cutanés d'aspect normal au niveau des deux seins.
- Les creux axillaires sont libres.

**Conclusion :**

- **Seins de densité type B**
- **Adénofibrome du sein droit classé BIRADS3.**
- **Kyste remanié du sein gauche classé BIRADS3.**

**CLASSIFICATION BI-RADS (American college of Radiology) (ACR) Proposée par L'ANAES :**

ACR 0 : Classification d'attente. Des investigations complémentaires sont nécessaires.

ACR 1 : Mammographie normale.

ACR 2 : Il existe des anomalies bénignes.

ACR 3 : Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée (3 à 6 mois).

ACR 4 : Anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique.

ACR 5 : Anomalie évocatrice d'une tumeur maligne.

Confraternellement.  
**DR LASRI FATHIA**

z.r

Docteur LASRI FATHIA  
Médecin Radiologue

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - Maroc 20220  
Tél. 05 22 93 04 93 - Fax. 05 22 93 56 37

Bd. Oued Oum Rabii, Rue 50, N°2 - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 04 93 - 05 22 93 05 93 - Fax : 05 22 93 56 37 - E-mail : cro.radiologie.oulfa@gmail.com