

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-495380

W1942

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5136*

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *NADIA BAHAR*

Date de naissance : *08/07/70*

Adresse : *02 Rue MM ALBOUKHAR*

Tél. : *06422 19829*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *02/12/2019*

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : *Neurologie mémoire*

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-495380

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

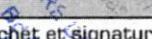
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/19	394.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/12/19	2, 22 + K ₂₀	1020,00

[illegible]

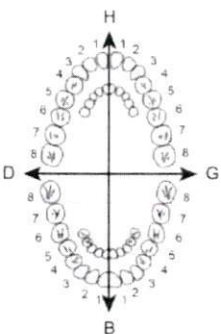
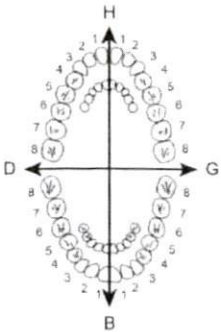
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : 02/12/2019

Mme BAHHAR NADIA

24.30x3
1/ TAMOXIFENE GT 20 B 30

1 cp par jour , 3 Mois

2/ MIGRALGINE 20 GES

21.50
394.40
1 gelule trois fois par jour

Pharmacie Univers Santé
Richard JAMALI
116, Rue Jilali El Oufir
Tél : 05 22 98 09 06 - Casa

Centre International
d'Oncologie Casablanca
Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue-Radiothérapeute
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casa
Tél : 05 22 77 81 81



6118000420385

Tamoxifène GT 20 mg
30 comprimés

Lot: 90147
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30



6118000420385

Tamoxifène GT 20 mg
30 comprimés

Lot: 90147
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30



Lot: 90147
Per: 01/2024
PPV: 124 DH 30

Tamoxifène GT 20 mg
30 comprimés



6118000420385



PPV: 21DH50
PER: 04/21
LOT: 1998



Casablanca, le :

02/12/2019

Mme BAHHAR NADIA

mammographie bilaterale
Echographie mammaire

bilan de surveillance annuelle de néoplasie
mammaire

400, bd Mohammed VI - Casablanca
Tél : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma

Centre International
d'Oncologie Casablanca
Dr Naoufal MAMOU
Oncologie - Radiothérapeute
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casa
Tél : 05 22 77 81 81

Date de l'examen : 11/12/19
NOM : BAHAR NADIA
Date de naissance ou Age : 49 ans
Médecin Traitant :

Date de dernières règles :
Nbre d'enfants : 1

Ménopause : Oui ☒ Non ☐

Traitement Hormonal : Oui ☐ Non ☒

ATCD personnels de maladie du sein : N.S.D.

ATCD FM de cancer du sein : Non ☒ Oui ☐
Degré de parenté :

Mammographie antérieure : Non ☐ Oui ☒ date :

Réservé aux médecins

Clinique : Nodule ☐ Autre :

Mastodynies ☐

Écoulement ☐

Mammo remarque : tumeur D + imagerie 2016

C.T (Néoadj) I.R.T / H.T

Fin du traitement : / /

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFFR FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Senologie 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 11/12/2019

FACTURE N° : FA:00 12440/19
Nom : BAHHAR NADIA EP. BERRADA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 020,00 Dhs

MILLE VINGT DHS

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

MAMMO-TOMOSYNTHESE 800,00 Dhs

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE 220,00 Dhs

Total de : 1 020,00 Dhs

Mode de règlement	ESPECES
-------------------	---------

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**CENTRE DE RECHERCHE
400, Bd Brahim ROUDANI
20 100 Casablanca - Maroc
Tél: 0522.25.22.86 / 05 22.25.13.07 / 05 22.25.13.07
05.22.25.13.07 / 05 22.25.13.07
e-mail: roudani@cmr.ma**

Casablanca , Le 11/12/2019

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalisé(s)

BAHHAR NADIA EP. BERRADA
DR MAMOU NAOUFAL
MAMMO-TOMOSYNTHESE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

RC : 49 A / 1 P / Traitée pour néoplasie du sein droit depuis 2016 / Tumorectomie + curage. Précédée d'une chimiothérapie néo adjuvante puis RT et HT.

Examen de surveillance annuelle.

Technique : Examen réalisé par un appareil numérique direct type Hologic Selenia Dimensions avec tomosynthèse.
Deux incidences : faces et obliques.

Résultat :

Mammo-tomosynthèse :

Modifications morphologiques post-thérapeutiques du sein droit.

Trame conjonctivo-glandulaire dense et hétérogène : type C.

A noter la présence de clips chirurgicaux se projetant sur le sein opéré.

Il n'y a pas de masse ou de distorsion de l'architecture glandulaire d'allure suspecte visible.

Il n'y a pas de regroupement suspect de microcalcifications.

Le balayage en tomosynthèse ne détecte aucune particularité.

Le revêtement cutané gauche est fin et régulier.

Les prolongements axillaires sont libres.

A noter la présence d'une chambre de chimiothérapie au niveau de la zone axillaire gauche.

Echographie mammaire :

Le balayage échographique des seins ne montre aucun nodule solide suspect ou image atténuante.

Absence d'adénopathie axillaire.

Conclusion :

Bilan de surveillance annuelle ne montrant pas d'anomalie suspecte au niveau des deux seins.

Examen classé ACR 2 à droite, ACR 1 à gauche de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. H. AMRANI MIROU

Prière de conserver cet examen et de le ramener lors des prochains contrôles.