

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041194

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01269

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JANA Aei

Date de naissance : 01/08/1951

Adresse : Rue 16 n° 11 Lot Manara californie Casablanca

Tél. 0700750547

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZASRI of JANA Aunne

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 041194

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 :




# 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
20/3/19	ca		200,00	

# 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
 CENTRE ROYAL DIAGNOSTIC 1932, BO. 100, Roudani 2225 1301 / 05 22 25 13 04 e-mail: roudani@hotmail.fr Casablanca - Maarif	28/03/2019	282 k 30	1200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

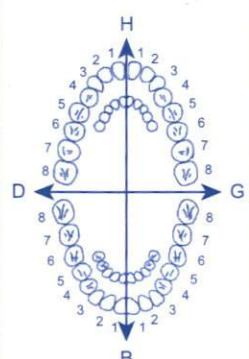
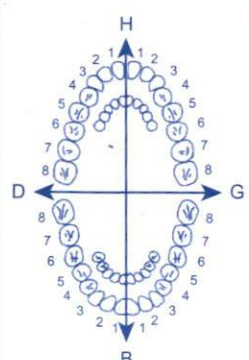
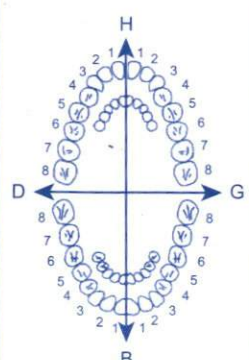
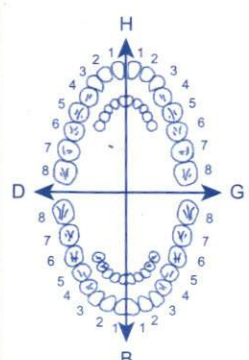
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  				DEBUT D'EXECUTION																					
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						FIN D'EXECUTION
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
<b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>				MONTANTS DES SOINS																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI**  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan  
**GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE**  
**ECHOGRAPHIE**

4, Place Maréchal  
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي  
خريجة كلية الطب بمونبوليه  
داخلية قديمة بمستشفيات برينيان  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال  
المطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 75 50 / 05 22 27 69 05  
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

( بالموعد )

Le : 20/3/2019

*Duplicata*  
Reçu la femme de deux œufs chequante  
dubious pour les de 1 &  
El ASRI Amina et Jova

2/3/2019

Dr. Danielle DUVIGEANT  
MESTASSI  
GYNECOLOGUES - ACCOUCHEUR  
4, Place Maréchal - Casablanca  
Tél. 05 22 27 75 50 / 05 22 27 69 05



Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan  
**GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE**

**ECHOGRAPHIE**

4, Place Maréchal  
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24  
(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاسي  
خريجة كلية الطب بمونبوليه  
داخلية قديمة بمستشفيات برينيان  
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد  
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4, ساحة مارشال  
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24

( بالموعد )

Le : 20/3/2019

El ASRI @ TOUA Aunne

mammographie

echoographie

CENTRE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE  
ROUDAKI  
400, Bd Brahimi, Roublant - Maarri  
20, 100, Casablanca  
Tél: 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Fax: 05 22 20 40 24  
Email: roudaki@netmail.ma

Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI  
4, Place Maréchal - Casablanca  
Tél: 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50  
Fax: 05 22 20 40 24  
Email: roudaki@netmail.ma





# مركز 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

DUPLICATA

Casablanca, le 28/03/2019

FACTURE N° : FA:00 3188/19

Nom : EL ASRI AMINA EP. JOUA

Arrêtée la présente Note d'honoraires à la somme de :

1 200,00 Dhs

**MILLE DEUX CENTS DHS**

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

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

300,00 Dhs

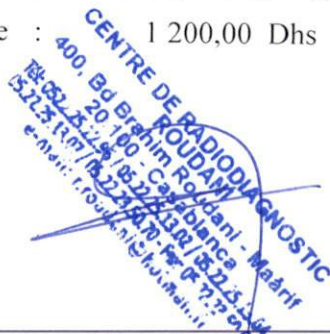
MAMMO-TOMOSYNTHÈSE

900,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342







# مركز 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 28/03/2019

Patient

Médecin traitant

Examen(s) réalise(s)

EL ASRI AMINA EP. JOUA

DR DUVIGEANT-MESTASSI DANIELE

MAMMO-TOMOSYNTHESE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

## COMPTE RENDU

**RC :** 57A / 4P / Pas d'antécédents sénologiques.

**Examen clinique :** normal.

**Technique :** Mammographie numérique directe avec étude des seins en tomosynthèse. Deux incidences par sein (face, oblique externe). Examen comparé à celui du 29/04/2016.

### Résultat :

#### Mammo-tomosynthèse :

Seins de volume symétrique.

Parenchyme mammaire de type B, siège d'opacités conjonctivo-glandulaires éparées.

Asymétrie focale de densité à l'U.Q. Sup du sein gauche, sans caractère suspect, d'aspect inchangé, par rapport au précédent examen.

Absence d'image de désorganisation architecturale ou de foyer suspect de microcalcifications décelable dans l'un ou l'autre sein.

Revêtements cutanéomamelonnaires normaux.

#### Echographie mammaire :

Mise en évidence à l'U.Q. Sup du sein gauche d'une petite masse hypoéchogène, ovalaire, homogène, bien limitée, mesurant 6 x 3,7 mm. Elle est située sur le rayon de (2H/3cm) du mamelon, elle explique l'asymétrie focale de densité visualisée à la mammographie.

Par ailleurs, il n'est pas visualisé d'image d'atténuation suspecte en projection des deux plages mammaires.

Absence d'adénopathie axillaire visible.



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

**Conclusion :**

*Bilan mammo-échographique ne montrant pas d'anomalie d'allure suspecte.  
Petite asymétrie focale de densité du sein gauche sans changement par  
rapport au précédent examen retrouvée à l'échographie sous forme d'un petit  
nodule infracentimétrique d'allure bénigne correspondant probablement à un  
petit fibroadénome.*

*Examen classé ACR 2 de la classification BI-RADS.*

*En vous remerciant de votre confiance*

**Dr. W. MSEFER FAROUQI**

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
ROUDANI**  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20100 - Casablanca  
Tél : 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96  
Fax : 0522 23 50 68 / 0522 25 13 04  
E-mail : roudani.crr@gmail.fr