

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.

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.

Prothèse 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

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067733

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1350 Société : 46.828

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUESSOU ABISS

Date de naissance : 01.01.1994

Adresse : 21, Rue Rihane Hay Raha Casablanca.

Tél. : 0665151170 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/9/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection mammaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

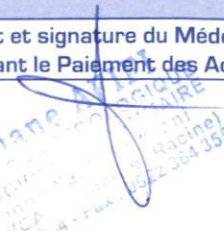
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

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
22/9/20	es		500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/09/2020	418,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/09/20	IRN	2400
	29/09/20	Nicéphore	14400
	29/09/20	8636	750,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

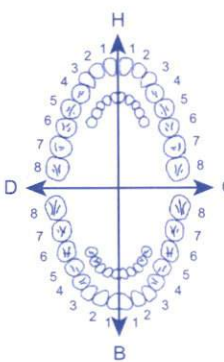
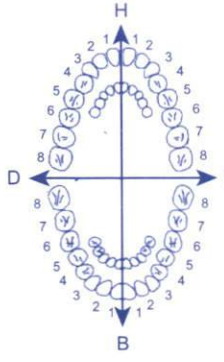
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de

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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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

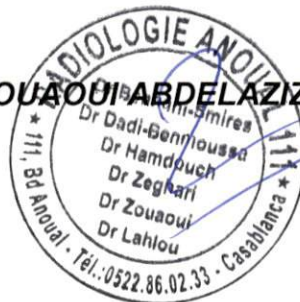
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme. NAJDANE EP GUESSOUS AICHA

Conclusion :

- **Sein droit :** Mastopathie kystique absence de prise de contraste suspecte visible ACR 2.
- **Sein gauche :** cavité hématique post-opératoire rétro-aréolaire avec paroi épaissie et rehaussée d'origine très probablement inflammatoire un complément avec échographie de deuxième look est prévu. ACR 6.

DR ZOUAOUI ABDELAZIZ



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 24 Septembre 2020

DR. AFIFI ADNANE

Mme. NAJDANE EP GUESSOUS AICHA

COMPTE RENDU

I.R.M. MAMMAIRE :

Indication :

Contrôle post-opératoire d'une lésion mammaire du sein droit, recherche de lésion additionnelle.

Technique :

Examen réalisé en coupes axiales T1, T2 et T2 Fat Sat, coupes axiales STIR et diffusion, coupes axiales T1 avec effacement de graisse avec injection de contraste étude dynamique et analyse des résultats après soustraction :

Résultat :

- **Les coupes natives** montrent l'existence d'une réaction inflammatoire post-opératoire du sein droit avec œdème sous-cutané et large cavité en hyposignal modéré T1, hypersignal T2, rétro-aréolaire avec un développement vers le quadrant supéro-externe et la région sous aréolaire interne.
- Présence de quelques formations ganglionnaires sans hypertrophie significative au niveau des creux axillaires mesurées pour la plus volumineuse 12 mm à droite.
- On note sur les séquences T2 quelques formations microkystiques du sein gauche notamment au niveau péri-aréolaire externe et au niveau de la jonction des quadrants inférieurs.
- **Après injection de contraste**, on met en évidence un rehaussement de la périphérie de cette cavité hématique plus marqué en interne, les courbes obtenues sont de type 1.
- Il n'y a pas de rehaussement circonscrit ou en masse en dehors de cette cavité.
- Il s'agit très probablement d'un rehaussement inflammatoire post-opératoire, aucune lésion de type suspect n'a été individualisée à droite comme à gauche.
- Un contrôle reste cependant nécessaire en échographie afin de vérifier l'aspect de cette paroi rehaussée.
- Les ganglions axillaires visibles à droite ont un rehaussement homogène.

.../...

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 20010139 N° Facture : 20009947 Date facturation: 24/09/2020

Nom et prénom du patient : **Mme NAJDANE EP GUESSOUS AICHA**

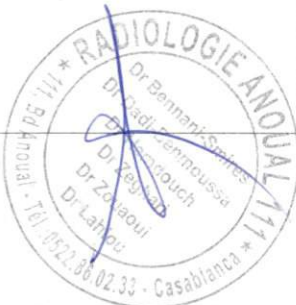
PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
IRM MAMMAIRE	1.00	2 400.00	2 400.00
		Sous-Total	2 400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille quatre cents dirhams

Total : 2 400.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	2400.00 DH
PC N° :		



www.anoual.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Docteur AFIFI Adnane

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : cabinet.afifi@gmail.com

Casablanca, le

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani
Quartier Racine
CASABLANCA
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

NAJDANE Aicha

Faire pratiquer au cabinet de radiologie les examens suivants :

- UNE RM MAMMAIRE - 3D



Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani
Quartier Racine
CASABLANCA
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

Docteur AFIFI Adnane

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : cabinet.afifi@gmail.com

Casablanca, le

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8 rue Ibnou Yalaa El Ifrani
CASABLANCA
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

NAJDANE Aicha

FAIRE PRATIQUER AU CABINET DE PATHOLOGIE :

Une cytoponction ganglionnaire

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8 rue Ibnou Yalaa El Ifrani
CASABLANCA
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 20010358 N° Facture : 20010165 Date facturation: 29/09/2020

Nom et prénom du patient : Mme NAJDANE EP GUESSOUS AICHA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MICROBIOPSIE MAMMAIRE SOUS ECHO	1.00	1 440.00	1 440.00
		Sous-Total	1 440.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille quatre cent quarante dirhams

Total : 1 440.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	1440.00 DH
PC N° :		



www.anoual.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma



RADIOLOGIE ANOUAL

Oncologie & Diagnostic du Maroc

• Radiologie Numérisée | Echo Doppler
Echographie Obstétricale 3D-4D | Mammographie Numérisée
Sénologie interventionnelle | Scanner multibarrettes
Ponctions guidées (Scanner, Echo) | Ostéodensitométrie
IRM Haut Champ 1.5T

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le : 24 / 09 / 2020

NOM : NAJDAN AICHA

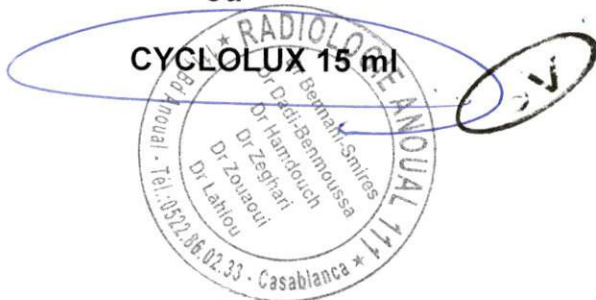
Produit :

418,00

CLARISCAN 15 ml

ou

CYCLOLUX 15 ml



www.anoual.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | **Accueil Général** : +212 522 86 09 99
Sénologie (Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie) : +212 522 86 09 89
IRM | Scanner : +212 522 86 09 79 | **Secrétariat Administratif** : +212 522 86 28 00 | **Fax** : +212 522 86 08 93



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 29/09/2020

FACTURE N° : 20/09810

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

750,00 Dhs

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **29/09/2020**

Pour **NAJDANE AICHA EP GUESSOUS**

Sur ordonnance du : **Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ//Dr AFIFI**

*LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Boulevard Zerktouni
Tél.: 0522 22 51 31 /34 Fax: 0522 22 50 90*