

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-812937

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : *MA178*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Boutaleb AIT*

Date de naissance : *12 09 68*

Adresse :

Tél. : *066 278 61 40*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age:
Conjoint
Enfant

Lien de parenté :

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) :



RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

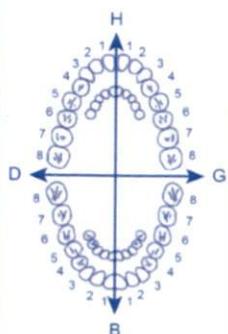
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

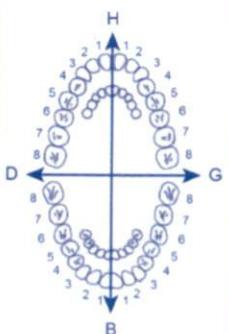
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

N° règlement : 2023083308

N° chèque : 506618327

Contrat n° : 0197.4501.801050-00

Adhésion n° : 00000002 /Mle:2

Malade : Lui même

Numéro RIB :

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : F2M PLASTICS

Adhérent(e) : SALWA GANNOUNE* Soin du : 20/03/2023

Déclaré le : 01/07/2023 Sinistre n° : 040.2023.00333331

Date décision : 27/06/2023

Reçu le : 20/06/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) PET SCAN	7 000.00	1 000.00	6 000.00	80.00	4 800.00
Pharmacie	390.20	0.00	390.20	80.00	312.16
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Totaux	7 690.20	1 000.00	6 690.20		5 352.16
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			5 352.16

Observation(s) :

(*) NB PET SCAN 6000.00 DHS SELON CONTRAT

Signature Adhérent(e)



CONVENTION GROUPE

**RECOMMANDATIONS GENERALES
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

- ➊ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ➋ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ➌ La déclaration maladie doit être entièrement et correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
 - l'ordonnance médicale,
 - les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
 - les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
 - en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ... etc.
 - en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées,
 - en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres .
- ➍ En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
- ➎ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ... etc.) et les soins en série (injections, reéducation ... etc.).
- ➏ Une personne malade bénéficie d'une prévoyance, l'assuré doit à la Compagnie l'original du remboursement délivré par son assureur de base et la photocopie.

Conformément à la loi N°08-09 portant code des Assurances.
02 835 950 DH - RC Casablanca : 16747 - CNSS : 1090109 - IF : 1085137 - TP : 37990058 - ICE : 001520660000034
Tél. : 05 22 95 78 00 / 05 22 95 76 76 - Fax : 05 22 36 04 36 / 05 22 36 98 12 - www.atlantasanal.ma

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion Date de
Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré 9

N° de police / N° de filiale 821 252

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

N° CIN

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : SAWA Matricule : 2 L CIN :

N° de police / N° de filiale : Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 7690 dh Date de dépôt : 27/06/2023

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins :
(si ouverture par système)



AS0000926491/20

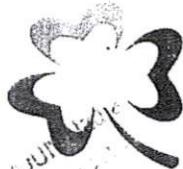
A. REMPLIR PAR LE MEDECIN	
NOM et Prénom du malade	Guyane et Stéphane
Nature de la maladie	Méprisant les règles
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)	

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

<p>H</p> <p>G</p> <p>D</p> <p>B</p> <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le _____		<input checked="" type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le _____ Terminé le _____	
SOINS				PROTHÈSE
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
Montant des soins DH				Montant de la prothèse DH
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)				Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse

Ryad
Oncologia Clinic



مصحة
الرياض للأنك洛جيا

٢٣٢٠٢٠٤٠٨٥٦٥٨

Ganoune - Sultana

124.3°

x 3



Temozolamide 100

1 CP Jij psl 300

133°

Diprosone cream

390.29

1 cap x 2 h psl

Dr BENJAHIR NADIA
Onco-Radiation Therapist
INP : 09 RC25 FZ

Nº 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 62 09 54 15/06 62 09 54 26

Ryad
Oncologia Clinic



مصحة
الرياض للأنكليوجيا

20/03/2023

Gilherme Salwey

Urgence

Cancer G II

en 2023

échelle et douleurs

échelle 0

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 62 09 54 15/06 62 09 54 26



Cabinet Dr. BENDAOUD
Médecine Nucléaire

PETSCAN - SCINTIGRAPHIE - IRATHÉRAPIE

Petscan

Scintigraphie : Osseuse - Thyroïdienne - Parathyroïdienne - Rénale - Pulmonaire - Myocardique - à la MIBG

Lymphoscintigraphie - Détection de ganglion sentinelle - Fraction d'éjection isotopique - ostréoscan

Irathérapie : Hospitalisation pour cancers thyroïdiens - Ambulatoire pour hyperthyroïdies

Casablanca, le 21/03/2023

Nom et Prénom : Mme. GENNOUNE SALWA

Médecin traitant : Pr. BENCHEKROUN

PETSCAN AU ^{18}F -FDG

Contexte clinique :

Patiante âgée de 49 ans, suivie pour néoplasie mammaire gauche traitée par mastectomie et chimiothérapie → PETSCAN d'évaluation.

Technique :

Examen réalisé avec une machine PETSCAN GE « DISCOVERY IQ » mise en marche en Juillet 2020. Acquisition d'un balayage corps entier, 45 minutes après injection intraveineuse d'une activité de 160 MBq de ^{18}F -FDG couplé à un scanner pour correction de l'atténuation et repérage anatomique.

Poids : 72 Kg / **Glycémie à jeûn :** 0.99 g/l / **DLP :** 922.63 mGy.cm / **CTDI :** 5.06 mGy

Résultats : Comparativement au PETSCAN du 01/02/2022 :

A l'étage cérébral :

- Absence d'hypermétabolisme ou d'hypométabolisme suspect au niveau du parenchyme cérébral.
- L'IRM reste l'examen de référence pour l'exploration de cet étage.

A l'étage cervico-thoracique :

- Hypermétabolisme laryngé homogène sans anomalie morphologique sur la TDM de repérage, d'allure fonctionnelle.
- Disparition du kyste mammaire droit non hypermétabolique.
- Absence d'apparition d'hypermétabolisme suspect de malignité au niveau du lit de mastectomie gauche
- Absence d'apparition d'hypermétabolisme suspect de malignité au niveau des muqueuses ORL, des parenchymes pulmonaires et de la glande mammaire droite.
- Absence d'apparition d'hypermétabolisme suspect de malignité au niveau des aires ganglionnaires cervicales, médiastinales et axillaires.

A l'étage abdomino-pelvien :

- Bruit de fond hépatique de référence : SUVmax à 4.04
- Captation hépatique homogène
- Absence d'apparition d'hypermétabolisme abdomino-pelvien, viscéral ou ganglionnaire, suspect de malignité.

Sur le plan ostéo-médullaire :

- Disparition du discret rehaussement non spécifique décrit au niveau du sacrum.
- Absence d'apparition d'hypermétabolisme ostéo-médullaire suspect de malignité sur l'ensemble du squelette exploré.

Conclusion :

Comparativement au PETSCAN du 01/02/2022, l'examen de ce jour met en évidence :

1. L'absence d'apparition d'hypermétabolisme suspect de malignité sur l'ensemble du volume exploré.
2. La disparition du kyste mammaire droit non hypermétabolique.
3. La disparition du discret rehaussement non spécifique décrit au niveau du sacrum.

Sensible à votre confiance

Dr. BENDAOUD



Cabinet Dr. BENDAOUAD
Médecine Nucléaire

PETSCAN - SCINTIGRAPHIE - IRATHERAPIE

Petscan
Scintigraphie : Osseuse - Thyroïdienne - Parathyroïdienne - Rénale - Pulmonaire - Myocardique - à la MIBG
Lymphoscintigraphie - Détection de ganglion sentinelle - Fraction d'éjection isotopique - ostéoscan
Irathérapie : Hospitalisation pour cancers thyroïdiens - Ambulatoire pour hyperthyroïdies

Date: 13/04/2023

FACTURE

NO. 0352/2023

FACTURÉ A

Mme. **GENNOUNE SALWA**

DÉTAIL DE PAIEMENT

Mode de règlement: ESPECES

Organisme: ATLANTASANAD

Montant: SEPT MILLES DIRHAMS

DATE DE L'EXAMEN: 21-03-2023

DESCRIPTION	MONTANT
PET SCAN AU 18-FDG	7000,00 DHS
TOTAL	7000,00 DHS