

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 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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-812937

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11178 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukhal ALI

Date de naissance : 12/09/68

Adresse :

Tél. : 0662786440 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

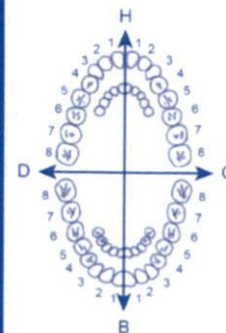
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

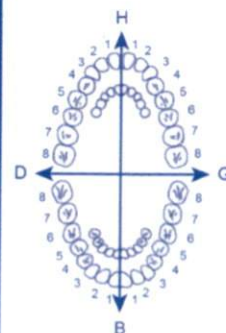
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad
ASSURANCE

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023083308
N° chèque : 506618327
Contrat n° : 0197.4501.801050-00
Adhésion n° : 00000002 /Mle:2
Malade : Lui même
Numéro RIB :

Ste contractante : F2M PLASTICS
Adhérent(e) : SALWA GANNOUNE*
Déclaré le : 01/07/2023

Soin du : 20/03/2023
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)

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

① Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

② Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

③ 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.

④ 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.

⑤ 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, rééducation ... etc.).

La personne malade bénéficie d'une prime de prévoyance, l'assuré a à la Compagnie l'original du remboursement délivré par l'assureur de base et la photo-

⑦ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

⑧ Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

⑨ Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ... etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durant plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

⑩ En cas de non présentation à une contre-visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

⑪ Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ... etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

⑫ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

⑬ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

⑭ En cas d'accident, la présentation des causes et circonstances, date, heure, et lieu d'accident et transmettre éventuellement la copie du procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident de la voie publique.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014



AtlantisSanad
ASSURANCES

AS0000926491/20

CONVENTION GROUPE

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

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

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

N° C/N

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

Cadre réservé à AtlantisSanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

2. Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : SANA

Matricule : 22 CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 7699 dh

Date de dépôt : 27/06/2023

N° de sinistre :

Numéro de bordereau : Date des soins :

(si ouverture par système)

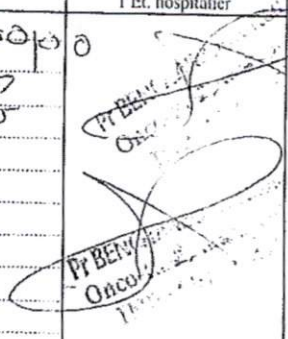

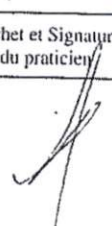


AS0000926491/20

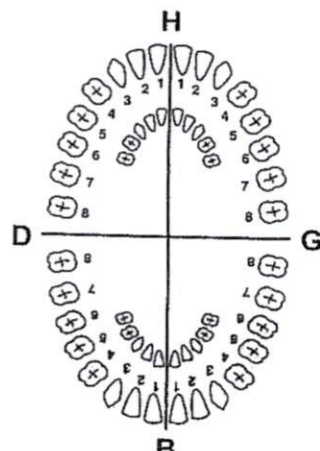
A. REMPLI PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade Garnaudine Salwa Age : Ans
 Nature de la maladie néoplasie du sein
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES	
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Montant	Cachet du Pharmacien
20/03/23		\$ 300,00		390,20	
28/04/23		\$ 0			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien		
21/03/23	5	0,00			
28/04/23	5	0,00			
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX					
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien		

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le <u> </u>		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le <u> </u> Terminé le <u> </u>		
	SOINS			PROTHESE	
	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
Partie réservée au contrôle	Montant des soins		Montant de la prothèse		
	DH		DH		
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)			Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins (et ou) de la prothèse		

Ryad
Oncologia Clinic



مصحة
الرياض للأنكولوجيا

08/04/2023
Gandane Salama

12430
x 3

20

Tamoxifene CP

1 CP / j pendant 3 ans

1730

20

Diphosphonate

1 app x 2 j

39030

P. BENCHAMOUN Nadia
Onco-Radiation
INP : 09 10 25 427

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



مصحة
الرياض للأنكولوجيا

20/03/2023

Guillermo Salas

U9 cell

$\frac{1}{2} \rightarrow \frac{1}{2}$

eu 20 20

Wachheit Douber
C. S. C. S.

P. E. Skinner

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. BENDAOU
Médecine Nucléaire

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

PETSCAN - SCINTIGRAPHIE - IRATHÉRAPIE

Casablanca, le 21/03/2023

Nom et Prénom : Mme. GENNOUNE SALWA

Médecin traitant : Pr. BENCHEKROUN

PETSCAN AU ¹⁸F-FDG

Contexte clinique :

Patiente 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 ¹⁸F-FDG couplé à un scanner pour correction de l'atténuation et repérage anatomique.

Poids : 72 Kg / Glycémie à jeun : 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. BENDAOU



Cabinet Dr. BENDAOUD
Médecine Nucléaire

Petscan

Scintigraphie

Irathérapie

Oscuse - Thyroïdienne - Parathyroïdienne - Rénale - Pulmonaire - Myocardique - à la MIBG
Lymphoscintigraphie - Détection de ganglion sentinelle - Fraction d'éjection isotopique - astréoscan
Hospitalisation pour cancers thyroïdiens - Ambulatoire pour hyperthyroïdies

PETSCAN - SCINTIGRAPHIE - IRATHÉRAPIE

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

200, Bd Ibnou Sina, Angle rue Tamesna - Casablanca

Téléphone : 0522949152 / 0700151617 - Email : drhamzabendaoud@gmail.com

IF : 37717616 - ICE : 002342947000048 - TP : 34800648 - CNSS : 2034165