

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.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-806923

196487

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 800 Société : R. A. M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHOU Farah

Date de naissance : 28.09.63

Adresse : 14, rue de Provence

Tél. : 067202905 Total des frais engagés : 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/24

Nom et prénom du malade : DAHOU Farah

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

Nature de la maladie : Depression

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 : Casa Le : 19/02/24

Signature de l'adhérent(e) : Farah

Autorisation CNDP : A-A-215/2019

Adresses Mail 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 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

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
19-01-94	C	at		INP : 09 16 94 18

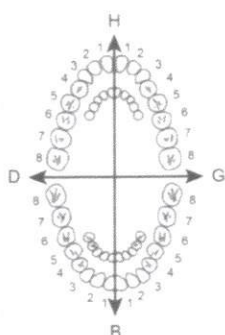
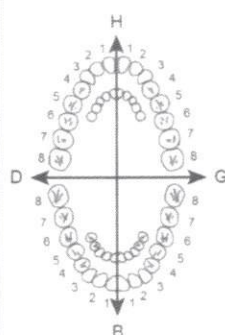
Dr. Naoufal MANOU
Centre International d'Orthodontologie
Onco-Orthodontologie
4, route de Pessis, n° 8 - 91400 Avoines
Tél : 05 22 12 12 81

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
	20/02/24	Z ₃₄ + V ₃₅	880,00 dts

RADIOLOGIE
ICE: 001614 00600000000000000000
111 Bd Anatole France
91400 Avoines - Tél: 05 53 57 12 60

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																	
	<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

Casablanca, le.....

19/02/2024

Mme DAHOU FARAH

mammographie bilaterale
echographie mammaire

surveillance annuelle de neoplasie mammaire

RADIOLOGIE ANNUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60


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

Casablanca, le 20 Février 2024

DR. MAMOU NAOUFAL

MME.DAHOU FARAH

COMPTE RENDU

MAMMOGRAPHIE NUMERISEE

Indication :

Patiente de 60 ans, surveillance annuelle de néoplasie mammaire.

Technique :

Mammographie numérique directe avec étude des seins en tomosynthèse, deux incidences (face et oblique externe) ont été réalisées de façon bilatérale.

Résultat :

- Discrète réduction mammaire droite en rapport avec les ATCD opératoires de la patiente.
- Clips chirurgicaux en regard du lit opératoire.
- Seins en involution graisseuse de densité type II de l'ACR.
- Pas de surcroît d'opacité nodulaire ou stellaire visible.
- Pas de distorsion architecturale ni groupement suspect de microcalcifications.
- Aspect normal des sillons sous mammaires et des prolongements axillaires.
- Le balayage en tomosynthèse ne décèle aucune anomalie.

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE :

- L'examen échographique ne révèle aucune anomalie échostructurale (tissulaire ou kystique) ni zone atténuante suspecte.
- Absence d'adénopathie axillaire.

Au total :

- Bilan mammo-échographique ne montrant pas d'anomalie suspecte ou d'allure évolutive.

Examen classé ACR2.

DR A. BELHAJ SOULAMI

Dr. Belhaj Soulim Abdelilah
Médecin Radiologue

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
001614006000058
111 Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 89 - 05 22 86 09 79 - 05 22 86 29 00
06 63 57 42 60 - 06 63 57 42 60

www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 ☎ 06 63 57 42 60

FACTURE

N° de l'admission : 24001449 N° Facture : 24001394 Date facturation : 20/02/2024

Nom et prénom du patient : FARAH DAHOU

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 20/02/2024 Sortie: 20/02/2024

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MAMMO+ECHO MAMMAIRE			704.00
		Sous-Total	704.00

PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			176.00
		Sous-Total	176.00

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	176.00	17.60
		Sous-Total	17.60

arrêtée la présente facture à la somme de :
Huit cent quatre-vingt dirhams

Total : 880.00

Part patient 880.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MME DAHOU FARAH
Mle : 0008121
PC N°

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📞 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921