

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-507417

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **CA**

Matricule : **09795** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **Kohen Ouafae**

Date de naissance : **04/12/1967**

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : **3472 dh** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **KOCHEN OUAFAE** Age : **52**

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

Nature de la maladie : **Consultation pré Anesthésique**

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° W19-507417

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 : **09795**

Nom de l'adhérent(e) : **Kohen**

Total des frais engagés : **3472 dh**

Date de dépôt :

2800\$ + 300\$ cons anesth + 372 dh (ph. omni page)

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/01/2020 | C.S. | | 304.00 | INP : 094464355 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 13.1.2020 | 372.00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| | 14.01.20 | TOT. TAP | 2800 dlv |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

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 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 colspan="2">D</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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

le 13/02/2020,

M. Kohen

ou AFAE

A Appeler



- Omnipaque 300

372r

100ml



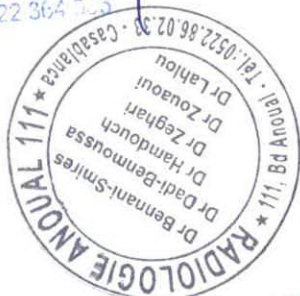
Casablanca, le : 13/11/2020

M. KOUZO OUAFA

Scanner thoraco abdomino

Pelvien.

Dr. AFIFI Adhane
CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE
CANCÉROLOGIE GYNÉCOLOGIQUE
ET MAMMAIRE
8, Rue Ibnou Yaala El Ifrani - Casablanca
Tél : 0522 354 354 - 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 : 20000641 N° Facture : 20000626 Date facturation : 14/01/2020

Nom et prénom du patient : Mme KOHEN OUAFAR

| PRESTATIONS | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|--------------------------------|--------|---------------|-------------|
| TDM THORACO ABDOMINO PELVIENNE | 1.00 | 2 800.00 | 2 800.00 |
| | | Sous-Total | 2 800.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille huit cents dirhams

Total : 2 800.00DH

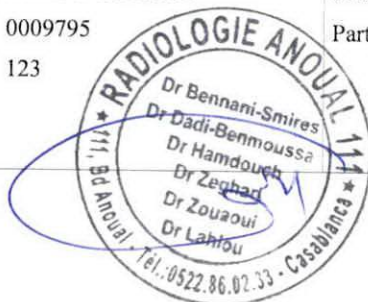
Adhérent : KOHEN OUAFAR

Mle : 0009795

PC N° : 123

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 2800.00 DH



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

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 13-01-2020

Facture N° 00441/20

A. Identification

N° Dossier : COC20A13115238

N° Identifiant : 006552

Nom & Prénom : Mme KOHEN OUAF AE

C.I.N :

Adresse : adresse

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant****D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 13-01-2020

Date Sortie : 13-01-2020

Médecin traitant : DR . TALIBI HASSAN

Traitement :

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|--|--|-------------|---------|------|------|---------------|
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | 0,00 |
| HONORAIRES ANESTHESISTES | | | | | | |
| 1 | DR. TALIBI HASSAN (ANESTHESIE-REANIMATION) | | 300,00 | | | 300,00 |
| Total Rubrique : | | | | | | 300,00 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 300,00 |
| TOTAL GENERAL | | | | | | 300,00 |

Arrêté la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature



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

Casablanca, le 14 Janvier 2020

DR AFIFI ADNANE

MME. KOHEN OUAF AE

COMPTE RENDU

TDM ABDOMINO-PELVIENNE

Technique :

- Acquisition volumique et reconstructions dans les trois plans avant et après injection de produit de contraste iodé.
- Étude en fenêtre parenchymateuse au niveau thoracique et médiastinal.
- Étude en fenêtres osseuses.

Résultat :

A l'étage thoracique :

- Absence d'anomalie de densité parenchymateuse évolutive aussi bien au niveau du champ pulmonaire droit que gauche.
- Particulièrement, il n'y a pas de nodule ou de foyer condensant.
- Il n'y a pas d'adénopathie médiastinale.
- Il n'y a pas d'épanchement pleural.

A l'étage abdominal et pelvien :

- Le foie est de taille normale, sa densité est homogène, il ne montre pas de lésion focale.
- La rate, les reins, les surrénales et le pancréas sont normaux.
- Il n'y a pas d'adénopathie.
- Il n'y a pas d'épanchement.
- Au niveau pelvien, l'utérus montre un aspect tomодensitométrique normal avec individualisation d'une formation kystique latéro-ventrale droite qui mesure 28 mm et d'une image similaire à gauche de 15 mm évoluant des formations kystiques ovariennes : A contrôler de préférence par échographie dans 2 mois.
- L'étude en fenêtre osseuse n'a pas mis en évidence de lésion ostéolytique ou condensante suspecte à hauteur des étages explorés.

A circular stamp from 'RADIOLOGIE AMOULI'. The text around the perimeter, starting from the top and moving clockwise, includes: 'Dr. Bernani-Smures', 'Dr. Badji-Bermousses', 'Dr. Zeghach', 'Dr. Lahou', 'Dr. Boukhalil', and 'Casablanca 0522.86.02.33'. In the center of the stamp, the name 'DR FARAJ HAMZA' is written in bold capital letters, with a signature over it.