

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-486043

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05641 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSINE NOUREDDINE

Date de naissance : 14/07/1959

Adresse : 199 Lotissement Amine Sghwaïva

Casablanca

Tél. : 06 395 872 42 Total des frais engagés : 0,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/12/2019

Nom et prénom du malade : EL NESSOU DI Amine Ep Hassine Age : 56

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

Nature de la maladie : Neo du Sein droit

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 : Casablanca Le : 07/01/2020

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
27.12.2013	C.S.	1	600000	INP : 69116949

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
	27.12.19	B480	600000

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

Docteur Fatiha OUADIRGA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Gynécologique, Maladie des seins
Coelioscopie - Coloscopie - Hystéroscopie
Stérilité - Procréation médicalement assistée



الدكتورة فاتحة واديرغا

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص و الجراحة بالمنظار
العقم - المساعدة الطبية على الإنجاب

Casablanca, le 27 / 12 / 2019 في الدار البيضاء،

10 EL Hassoudi MENA.

Foyer de 8 mm GSE due seu droit.

→ gg sutural

ex tempore

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
Mly. IDRISS 1er
16 Pst My Jeddah 1er (Face al Ecda
Carles de Foucauld) Rés. Al Jawahira
Casablanca

Dr. Fatiha OUADIRGA
Gynécologie - Obstétrique
Piste Tadarit Quartier les Crêtes
Ain Chok Lg. N° 158, 2ème étage
Casablanca - Tél : 06 61 96 43 54

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 27/12/2019

Nom et Prénom : EL MASOUDI AMINA

N° d'examen : 1912H0958

Date de réponse : 06/01/2020

FACTUTRE N°19/6526

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Ganglion sentinelle (examen extemporané)	B420	600.00DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de six cent Dirhams.

Mode règlement : Espèce

Signé : Dr L.BADRE

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
My IDRIS I^{er}
86, Bd. My Idriss I^{er} - Résidence Al Jawaher - Casablanca / 86
شارع مولاي إدريس الأول إقامة الجواهر - الدار البيضاء / 86



مختبر التشريح الدقيق مولاي إدريس 1

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE MY IDRISSE 1^{er}

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytologiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine de STRASBOURG

Date de réception : 27/12/2019

Date de réponse : 06/01/2020

Sexe : F

Age : _ ans

N° d'examen : 1912H0958

Nom et Prénom : Mme EL MASOUDI AMINA

Médecin traitant : Dr. OUADIRGA

Nature du prélèvement : Ganglion sentinelle (examen extemporané).

Renseignements cliniques : Foyer tumoral de 8mm du QSE du sein droit.

COMPTE RENDU

Le prélèvement examiné comporte deux fragments adipeux pesant 15 grs, renfermant trois ganglions lymphatiques, mesurant entre 0,5cm et 1,5cm de grand axe.

Histologiquement, la pulpe ganglionnaire montre une architecture conservée avec une hyperplasie lymphoïde folliculaire modérée à centre clair de taille variable. On note également une importante histiocytose sinusale et sous capsulaire, et une hyperplasie congestion vasculaire.

CONCLUSION : - Adénite réactionnelle sur les trois ganglions lymphatiques examinés.
- Absence de métastase (0/3).

Signé : Dr. L. BADRE

Dr. BADRE Latifa
Anatomocytologiste
86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Tél : 05 22 86 18 36 et 86 18 29
ICE : 001633133000057
CASABLANCA