

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothésaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0036552

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

MUPRAS

RECEPTION

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10589

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAADA BRAHIM

Date de naissance : 07/01/1959

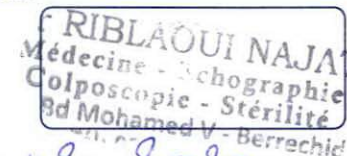
Adresse : 10 RUE OUALADA HAY EL WAHDA BERRECHID

Tél : 0667 376518

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2020

Nom et prénom du malade : MOUDDEN FATIMA

Age :

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 : DEROUA

Le : 09/03/2020

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
19/02/2020	C2		150,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AB MOUNA	19/02/2020	67,00 dh

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ABDOUBAKKAR Newfal	19/02/2020	Mam mogyi	700,00
Médecin Radiologue			
Clinique Ibn Zohr - Berrechid			

# AUXILIAIRES MEDICAUX

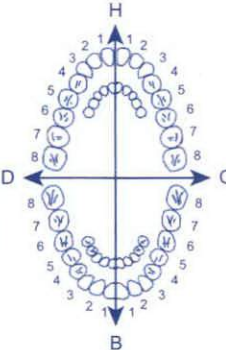
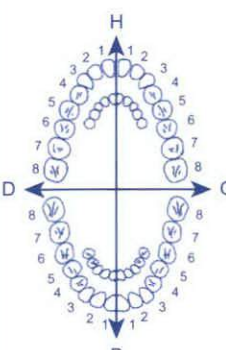
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

Dr. Najat Riblaoui  
Ancienne Medecin des Hôpitaux de France  
Echographie  
Colposcopie  
Stérilité  
Infertilité

20, Bd. Mohamed V - Berrechid  
Tél. : 05 22 33 70 61

الدكتورة ريبلاوي نجات  
طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا  
الفحص بالصدى  
المنظار لعنق الرحم  
العدم

20 شارع محمد الخامس - برشيد  
الهاتف : 05 22 33 70 61

A. MOUDDEN  
Fatima

19/02/2020

## ORDONNANCE

37,00

Dulastin Cpl (S.V.)  
1 - 0 - 1

30,00

Sedalpa (S.V.)  
Ag. 1er

1. 67,00

Dr. RIBLAOUI NAJAT  
Médecine  
Colposcopie - Stérilité  
20, Bd Mohamed V - Berrechid  
Tél: Dr.

Pharmacie AL MOUNA  
Dr. NASR MOUNA  
71, Rue Ibn Roumi Hay Al Wahda  
Tél: 022.32.62.63 - Berrechid

LOT : 191461  
PER : 09-21  
PPV : 30,00 DH

DULASTAN® 500 mg / 2 mg  
دولاستان  
Boîte de 20 comprimés

37,00

Dr. Najat Riblaoui  
Ancienne Medecin des Hôpitaux de France  
Echographie  
Colposcopie  
Stérilité  
Infertilité

20, Bd. Mohamed V - Berrechid  
Tél. : 05 22 33 70 61

الدكتورة ريبلاوي نجاة  
طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا  
الفحص بالصدى  
المنظار لعنق الرحم  
العقم

20 شارع محمد الخامس - برشيد  
الهاتف : 05 22 33 70 61

MOUDEN

Fatima

## ORDONNANCE

19/02/2020

manographie  
de sérologie

Re: Pensation par la  
patiente une nodule  
sur l'ovaire gauche

(à l'écho : ganglion de 8mm)  
nm pathologique

Dr RIBLAOUI NAJAT  
Médecine Echographie  
Colposcopie Stérilité  
20, Bd Mohamed V - Berrechid  
Tél: 05

CLINIQUE IBN ZOHR



مستشفى ابن زهر

RECU DE VERSEMENT

DATE : 01 02 2022

Nom et prénom : M. O. D. FOTIMA

Prestations : Mammographie

Honoraires : 700 00

N° de téléphone : 06 67 37 65 18

Nom assurance ou mutuelle : M. P. S.

Médecin : Dr. Riblani

CIN :

Signé :

45 Lot 4/Amal  
Clinique IBN ZOHR  
Berrechou  
06 67 37 65 18

Berrechid le : 21/02/2020

**NOM & PRENOM : MOUDDEN FATIMA****EXAMEN : MAMMOGRAPHIE NUMERISEE+ECHOGRAPHIE****CLICHES MAMMOGRAPHIQUES**

Incidences de face et 3/4 sur cliché numérique pour l'étude des deux seins et des prolongements axillaires.

**MAMMOGRAPHIE :**

Seins de volume symétrique en involution grasseuse avec reliquats fibroglandulaires rétro aréolaires et des QSE de type 2.

Surcroît d'opacité linéaire rétro aréolaire bilatéral.

Absence de lésion nodulaire spiculée visualisée.

Absence d'image de désorganisation architecturale ou de foyer de microcalcifications suspect.

Aspect normal de la peau et de la graisse sous cutanée.

Creux axillaires libres.

**ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE :**

Le balayage échographique des deux seins réalisé à l'aide d'une sonde superficielle haute fréquence retrouve le surcroît d'opacité linéaire rétro aréolaire bilatéral sous forme d'une ectasie canalaire plus marquée à droite à contenu finement écho-gène.

Absence d'image d'atténuation des faisceaux ultrasonores.

Absence de lésion nodulaire ou kystique visualisée.

Aspect normal de la peau et de la graisse sous cutanée.

Absence d'adénomégalie axillaire bilatérale. Présence de formations ganglionnaires de petit axe infracentimétrique, de cortex hypoécho-gène avec conservation du hile graisseux central, d'allure probablement inflammatoire.

**AU TOTAL :**

Examen mammographique et échographie mammaire retrouvent une ectasie canalaire bilatérale plus marquée à droite à contenu finement écho-gène associée à des ganglions axillaires bilatéraux d'allure probablement Inflammatoire.

Examen radiologique pouvant être classé ACR2.

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

Dr. ABDOUBADILAH Nawfal  
د. نوفل العبدالله  
Médecin Radiologue  
Clinique Ibn Zohr - Berrechid