

## 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° W19-583013

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8400

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom : JEBBARI Ahlam

Date de naissance : 08/10/66

Adresse :

Tél. :

066111170

Total des frais engagés :

140 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JEBBARI Ahlam

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

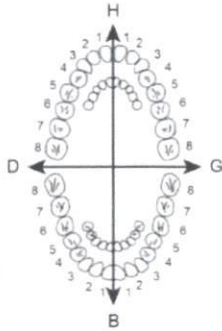
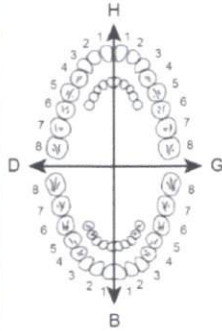
[illegible]

# 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

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.

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





no. 3. 2021

**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. S. Hannioui**

Anesthésiste-Réanimateur

Mme JEBBARI AHLAM

faire WP

mamm echo

**Docteur Omar ALAMI**  
Oncologue Radiothérapeute  
Tél : 091805751  
Ryad Oncologia Clinic



Casablanca , le 10/03/2021

Patient : **JEBBARI AHLAM**

## **ECHO- MAMMOGRAPHIE BILATERALE**

### **Technique :**

Mammographie bilatérale numérisée, deux incidences (cranio-caudale et oblique externe), suivie d'une échographie mammaire.

### **Résultats :**

Seins de volume symétrique, de densité graisseuse (densité a).

Absence d'opacité nodulaire ou stellaire suspecte.

Absence de distorsion architecturale.

Absence de foyer de micro calcifications suspectes.

Quelques macro-calcifications du sein gauche d'allure non spécifiques.

Revêtement cutané fin et régulier.

Prolongements axillaires libres.

### **A l'échographie, on note :**

Absence de lésion nodulaire ou kystique décelable.

Absence d'atténuation focale du faisceau ultra sonore.

Absence de foyer de désorganisation architectural.

Intégrité du revêtement cutané, sous cutané et musculaire profond.

Les creux axillaires sont libres.

### **Au Total :**

Examen ne révélant pas d'anomalie suspecte.

Examen pouvant être classé BIRADS 1 de l'ACR à droite et BIRADS 2 de l'ACR à gauche.

Merci de votre confiance.

**DR.SAHEL**

**Docteur Zineb SAHEL**  
Médecin Radiologue  
Ryad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Cara  
Tél : 05 22 86 27 00 - 05 22 86 25 56

**Professeur A.ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur O. ALAMI**  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs  
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 - [www.oncologieriad.com](http://www.oncologieriad.com)  
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26  
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



## F A C T U R E

N° : 2719 / 2021 du 10/03/2021

Nom patient

JEBBARI AHLAM

Entrée 10/03/2021

PAYANT

Sortie 10/03/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
MAMMOGRAPHIE + ECHOGRAPHIE	1,00		540,00	540,00
			Sous-Total	540,00
Total Clinique				540,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT QUARANTE DIRHAMS

Total

540,00

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
Sce Radiologie  
15, Allée du Persée  
Q. des Hôpitaux Extension Casablanca  
Tél: 0522 86 62 71

Professeur A. ACHARKI  
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI  
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

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 - www.oncologieriad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

N° 15 Rue Allée du Persée / LG: 001741149000027 / TPE: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027