

## 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

## Déclaration de Maladie



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

N° W19-583013

(69019)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8400

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JEBBARI Ahlam

Date de naissance :

08/10/66

Adresse :

158 Rue OKHOUA N'DAO el age 5 APR 21

Tél. :

06 61 11 170

Total des frais engagés :

140 DH.

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/04/2021

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.

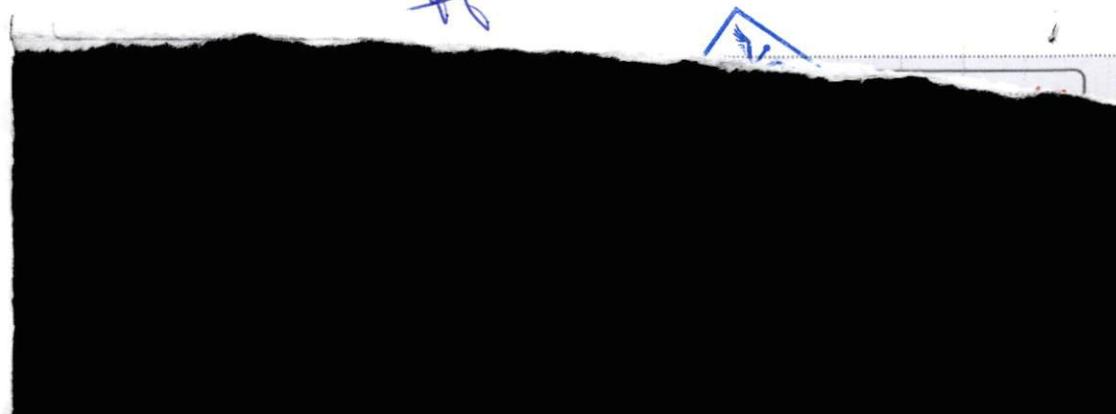
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

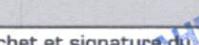
Le :

Signature de l'adhérent(e) :

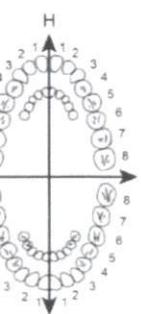
of JEBBARI



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
 <b>Docteur ZINAH S. HAMEL</b> Médecin Radiologue Ryad Oncologie Clinique 15, Allée du Peuple Q. des Hôpitaux 0522 46 31 00	10/03/21	Nanotech	540,000dh

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
	<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		H	G													
		25533412 00000000	21433552 00000000													
		D	G													
		35533411	11433553													
		B														
						<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
						<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
						<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										



10.3.2021

**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. Hanniouï**  
Anesthésiste-Réanimateur

Mme JERBALI AHLAM

fine wp

mammmeh

Docteur Omar ALAMI  
Oncologue Radiothérapeute  
INP : 091605751  
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 Zinah SAHEL**  
Médecin Radiologue  
Ryad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Cara  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologiryad.com  
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

**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.oncologiryad.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	<b>JEBBARI AHLAM</b>	Entrée	<b>10/03/2021</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>10/03/2021</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
MAMMOGRAPHIE + ECHOGRAPHIE	1,00		<b>540,00</b>	<b>540,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>540,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CINQ CENT QUARANTE DIRHAMS</b>	<b>Total</b> <b>540,00</b>

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.oncologiryad.com

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

I.C.E: 00174114900027 T.Fax: 0522862556 40229787 - C.N.S.S : 8587919

T.P: 37990430 / I.F: 40229787 / CNSS: 8587919 / I.C.E: 00174114900027

N° 15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700(LG) GSM: 0661 99 67 26