

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

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

80086

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012859

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8645 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADJIB SAID Date de naissance : 10/02/1970

Adresse : 05 Rue el OUKHAYMA Apt 21 CASA 20200

Tél. : 0666 273376 Total des frais engagés : 700 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/06/2021

Nom et prénom du malade : HADJIB SAID Age : 51

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 : 23-06-21 CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Handwritten signature of the adherent.




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 |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23 06 2021 | | | PC | |

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 |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 23/06/2021 | 130 2x3 | 400,00 |

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

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

| D | H | G | B | |
|---|----------------------|----------------------|---|-------------------------|
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 23/06/21

Nom du malade : Hajib Saïd N° d'entrée :

Service : HTO

| RENSEIGNEMENT CLINIQUE | REPONSE LABORATOIRE |
|---|---|
| <p>Âge : 51 ans ATCDs : Lymphome T Actuellement ⇒ présence d'ADP cervical → Faire une échographie cervicale</p> |  |

Médecin traitant

Tél. : 05.22.48.30.31 / 32 / 33

Le Chef de Laboratoire

BILLET D'EXAMEN DE LABORATOIRE

Date : 23/06/11

Nom du malade : Halib Said N° d'entrée :

Service : HTO

| RENSEIGNEMENT CLINIQUE | REPONSE LABORATOIRE |
|------------------------|---------------------|
| Rx Thorax | |

Médecin traitant

Tél. : 05.22.48.30.31 / 32 / 33

Le Chef de Laboratoire

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 23/06/2021

Facture N° 2109/2021

Nom patient : HAJIB SAID

Examen(s) réalisé(s) :
THORAX 1 INCIDENCE:
ECHOGRAPHIE CERVICALE:

Montant : 700 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENT DIRHAMS
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423



IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie Guidées

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss El HASSANI

Casablanca, le 23/06/2021

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e), **HAJIB SAID**

RX THORAX FACE

Épaississement des parois bronchiques.

Absence de foyer pleuro-parenchymateux évolutif visible.

Silhouette cardio-médiastinale normale.

ECHOGRAPHIE CERVICALE

Multiples adénopathies latéro-cervicales bilatérales des aires IIa, IIb, III, IV, les plus volumineuses et péjoratives se situent :

- À gauche, au niveau de l'aire IIb, différenciée, nécrotique et mesurant 11 mm de petit axe.
- À droite, au niveau de l'aire IIa, avec un cortex épais, mesurant 13 mm de petit axe et l'aire IV, différenciée, nécrotique, mesurant 10 mm de petite axe.

Lobe thyroïdien droit :

- Taille : normale, mesurant 17 x 19 x 46 mm soit un volume de 8,4 cc.
- Echostructure : homogène.
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur.

Lobe thyroïdien gauche :

- Taille : normale, mesurant 11 x 19 x 47 mm soit un volume de 5,4 cc.
- Echostructure : homogène.
- Vascularisation : pas d'hyperhémie au doppler couleur.

Les axes vasculaires sont libres.

Conclusion/

Multiples adénopathies latéro-cervicales bilatérales des aires IIa, IIb, III, IV.

