

# 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.

## Biologie 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



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 OUKHOUMIE 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 Le : 23/06/21

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
23 06 2011			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
	23/06/2011	130 213	700,00

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		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"/>																

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**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 =&gt; présence d'ADP cervical ↳ Faire une échographie cervicale</p>	

Médecin traitant

Tél. : 05.22.48.30.31 / 32 / 33

Le Chef de Laboratoire

*[Handwritten signature]*



## 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 Conventiennelle - Radiologie Dentaire - Mammographic

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





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, dédifférenciée, 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, dédifférenciée, 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.

