

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-659028

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **93000**

Matricule : **9890** Société : **POSEL CONTRACT**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **EC FILALI HIGH**

Nom & Prénom : **EC FILALI HIGH**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **AMAC** 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 votre médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-583977

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9890

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL FILALI Hicham

Date de naissance : 03/04/1974

Adresse : Golf city n° 132 allée des marronniers  
ville verte Bousskoura

Tél. : 06.63.43.45.66

Total des frais engagés : 1200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/09/2021

Nom et prénom du malade : TAZI Amal

Age : 49 ans

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 : Casablanca

Le : 08 / 10 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-583977

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9890

Nom de l'adhérent(e) : EL FILALI Hicham

Total des frais engagés : 1200,00

Date de dépôt : 08/10/2021



### 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
27/09/2021	AG	1	1200 DH	Clinique d'Oncologie Le Littoral

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique d'Oncologie Le Littoral	27/09/2021	Echant + Norme	1200 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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'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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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



# Dr. TOUIMY MOUHSSINE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS  
LAUREAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS

CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIEN  
STÉRILITÉ DU COUPLE (FIV & ICSI) - MALADIES DU SEIN  
ECHOGRAPHIE - COLPOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE - COELIOSCOPIE



Casablanca, Le: CASABLANCA, le 14 Septembre 2021

## Demande pour le patient Mme TAZI Amal

FAIRE PRATIQUER APRES LES REGLES :

UN BILAN SENOLOGIQUE :

- Mammographie
- Échographie des seins

MRANI ZENTARA  
Radiologue Spécialiste en Radiologie  
Interventionnelle Cancérologique et  
Clinique d'Onco-gynécologie  
Dr. TOUIMY MOUHSSINE  
Chirurgien Gynécologue - Obstétricien  
Stérilité du Couple - FIV & ICSI - Maladies du Sein  
Echographie - Colposcopie - Hystéroscopie - Coelioscopie



RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •  
 CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •  
 CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •  
 SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Casablanca Le : 27/09/2021

**Facture N° 14923/21**

Etablie par WIJDANE RADIOLOGIE Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X11271525

N° Identifiant : 21092439/21

**Nom & Prénom : TAZI AMAL**

C.I.N. :

Date Entrée : 27/09/2021

Date Sortie : 27/09/2021

Adresse :

Traitement : Bilan radiologique

Médecin : MRANI ZENTAR ALAE

**Prestations**

	Nombre	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
<b>IMAGERIE MEDICALE</b>					
Mammo+echomammaire	1	1 200,00			1 200,00
Total Rubrique :					1 200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					1 200,00
<b>TOTAL FACTURE</b>					<b>1 200,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille deux cents Dirhams

Cachet et signature

**Clinique d'Oncologie Le Littoral**  
 Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab  
 Casa - Anfa - Tél : 0520 66 88 90 / 91 / 92  
 Fax : 0522 64 81 52 / 05 22 79 75 94



090003906

**Dr. Alae MRANI ZENTAR**

Spécialiste en Imagerie Médicale  
Radiologie Interventionnelle  
Cancérologique et Vasculaire  
Lauréat de l'université de Versailles-  
Saint-Quentin-en-Yvelines

Casablanca, le 27/09/2021

**Nom :** Mme TAZI**Prénom :** AMAL**Médecin traitant :** DR TOUIMY MOUHSSINE**ECHOGRAPHIE MAMMAIRE /MAMMOTOMOSYNTHESE BILATERALE****Indication :**

Bilan

**Technique :**

Réalisation de façon bilatérale après repérage métallique des mamelons d'une incidence de face (crânio-caudale) et d'un oblique externe.

**Résultat :****Mammotomosynthèse :**

Seins symétriques en involution lipomateuse partielle (densité B)

Absence de surcroît d'opacité nodulaire ou stellaire visible.

Pas de signe de distorsion architecturale.

Pas de groupement suspect de micro-calcifications.

Aspect normal du revêtement cutané.

Les prolongements axillaires sont libres.

**Échographie mammaire :**

Le complément échographique ne montre pas d'anomalie échostructurale (solide ou kystique) ni zone d'atténuation des échos en profondeur.

Le revêtement cutané est fin et régulier.

Absence d'adénopathie axillaire.

**Conclusion :**

**Bilan mammo-échographique ne montrant pas d'anomalie notable ni adénopathie axillaire visible.**

**Dr BAROUINE pour Dr Mrani ALae****INP : 091193730**

- IRM 1,5T
- Scanner Multibarrettes
- Radiologie Conventionnelle
- Mammographie
- Tomosynthese
- Échographie Doppler
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique

Dr. MRANI ZENTAR Alae  
Radiologue Spécialiste en Radiologie  
Interventionnelle Cancérologique et Vasculaire  
Clinique Oncologie Le Littoral