

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 radiations 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

- 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° M21- 0051709

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rebatte
Nom & Prénom : MANOUNI Mohamed
Date de naissance : 30-06-1951
Adresse : 69, RUE AL HOUDHOU, Casablanca
Tél. : 0522273479 Total des frais engagés : 1643,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /
Nom et prénom du malade : Zahedi Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 1° X de suivi
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
18/10/21	CS	1	G	

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
 Dr. Zineb Medecin Radiologue Riad Oncologie Clinic 15, Allée du Persée Q. d. Hopitaux Casa Tel: 0522 86 25 56 Fax: 0522 86 25 56	18/10/21	Echographie R. X. Thorax Echographie	

AUXILIAIRES MEDICAUX

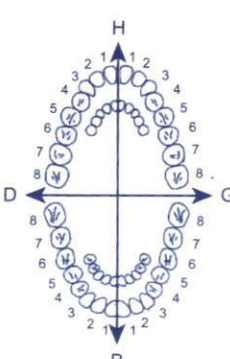
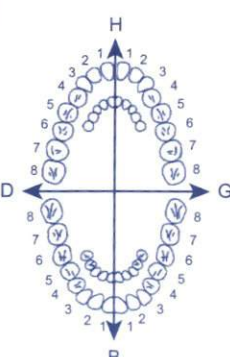
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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																	
	<table><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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Zakidi Fatima 11-10-21

74.80 x2
Sepcan 500 216



My Zakidi



22.00 x2
Adel



216

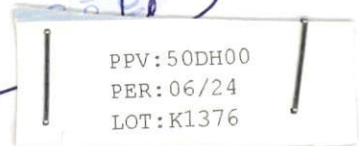
1er 3x1



50.00
Curtac



243.60 1er le soir



500[®] سيبسين

سيروفلوكساسين

علبة من 10

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin



10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

بجى احرام الحر

08144

LUT: 15021017
PLR: 1/2024
PPV: 74.80 OH

500[®] سيبسين

سيروفلوكساسين

علبة من 10

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

بجى احرام الحر

08144

LUT: 15021017
PLR: 01/2024
PPV: 74.80 OH



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. C. Lahmamssi
Onco-Radiothérapeute

11/10/2021
Zahedi Fatima

Elug mamair 600

Radio pour mon 200

Elug khocouis - 600
pehienne

Pr SAHRAOUI
Onco-Radiothérapeute
N° 091 636491

Docteur Z. Bouchbika SAHEL
Médecin Pathologiste
Ryad Oncologia Clinic
15, Allée du Persée, des Hôpitaux Casa
Tél: 05 22 86 27 00 ou Fax: 05 22 86 25 56



Patient : ZAHIDI FATIMA
Prescripteur: PR S. SAHRAOUI

Casablanca , le 18/10/2021

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

RESULTAT :

A l'étage abdominal :

Le foie de taille normale de contours réguliers et d'échostructure homogène sans lésions focales visibles.

Pas de dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

La vésicule biliaire est non distendue, à paroi fine et à contenu transsonore.

Le tronc porte et les veines sus-hépatique sont perméables.

Aspect échographique normal du pancréas et de la rate.

Les deux reins sont en place de taille normale de contours réguliers présentant une bonne différenciation cortico-sinusale.

Absence d'adénopathie ou d'épanchement en intra ou retro péritonéal.

A l'étage pelvien :

L'utérus est atrophique présentant un myomètre d'échostructure homogène.

L'endomètre est fin et régulier.

Absence d'épanchement pelvien.

Pas de masse pelvienne échographiquement visible.

La vessie est à paroi fine régulière et à contenu transsonore.

CONCLUSION :

Echographie abdomino-pelvienne sans anomalie significative.

Merci de votre confiance.

DR.SAHEL

Docteur Zineb SAHEL
Médecin
Ryad Oncologia Clinic
5, Allée du Persée, Bd Anoual - Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologieriad.com

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
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



Casablanca , le 18/10/2021

Patient : ZAHIDI FATIMA

Prescripteur: PR S. SAHRAOUI

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE GAUCHE

RESULTAT :

Sein gauche d'échostructure grasseuse

Absence de lésion intra mammaire suspecte visible

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.

Adénopathie axillaire gauche, largement nécrosée, mesurant 24 x 20 mm, suspecte.

Il s'y associe une seconde adénopathie axillaire avoisinante mesurant 7,6 mm de petit axe.

CONCLUSION :

Adénopathie axillaire gauche nécrosée, suspecte, mesurant 24 x 20 mm, associée à une adénopathie avoisinante infracentimétrique.

Merci de votre confiance.

DR.SAHEL

Docteur Zineb SAHEL
Médecin Radiologue
Ryad Oncologia Clinic
15, Allée du Persée, Cas. Hôpitaux Cas.
Tél: 0522 86 27 00 / Fax: 0522 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

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



Patient : ZAHIDI FATIMA
Prescripteur: PR S. SAHRAOUI

Casablanca , le 18/10/2021

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

Transparence parenchymateuse normale.

Culs de sac pleuraux libres.

Silhouette cardio médiastinale normale.

Cadre osseux sans anomalie.

Merci de votre confiance.

DR.SAHEL

Docteur Sahel SAHEL
Médecin Radiologue

Ryad Oncologia Clinic
15, Allée du Persée (Cité des Hôpitaux Casa)
Tél. : 05 22 86 27 00 / Fax : 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

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° : 13098 / 2021 du 18/10/2021

Nom patient **ZAHIDI FATIMA**
PAYANTEntrée 18/10/2021
Sortie 18/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	1,00		600,00	600,00
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE	1,00		600,00	600,00
RADIO THORAX	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	1 400,00
Total Clinique				1 400,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS	Total 1 400,00

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-RadiothérapeuteDocteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-RadiothérapeuteDocteur 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

TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027