

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-773066

Courriel

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9889 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : A 70822

Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR

Date de naissance : 29/07/73

Adresse : RES FATINE ETG 2 N°9 RUE

AHMED CHARCI CASA

Tél. : 0661162001 Total des frais engagés : 1450 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima Chemlali
Généraliste
Echographie Générale
119, Bd Bourgogne - Résidence Phénicia
Tél: 0522 22 85 46

Date de consultation : 15/05/2023

Nom et prénom du malade : ASSABBANE MERYEM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 18th 29me

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 : CASA Le : 15/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-773066

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 : 9889

Nom de l'adhérent(e) : BENAMAR

Total des frais engagés : 1450

Date de dépôt :

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
15/04/2025			250 DA	INP: 028060992

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/11/23	KVLO 260 =	120000

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

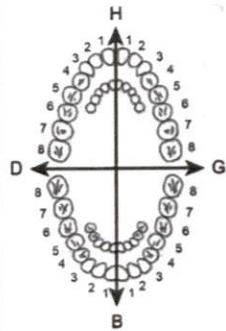
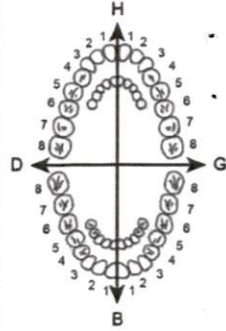
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="0"> <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>B</td> <td></td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatiha Chemlali

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة فتيحة شملالي

الطب العام
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 15/04/2023 الدار البيضاء

M^{lle} Agga Fiane EP
Benakar Neryane

Echo Neryane

Dr Jawad EL AOUD
ANFA RADIOLOGIE
5, Rue Ali Abderrazak - Casablanca
Tél : 0522 94 97 97 / 96 / 96

INPE
091047670

Docteur Fatiha Chemlali
Généraliste
Echographie Générale
119, Bd Bourgojne - Résidence Phénicia
Tél : 0522.22.85.46

119 , شارع بوركون - أقامة فينيسيا - الطابق الاول (امام مستوصف احد) الدار البيضاء - الهاتف : 0522.22.85.46

119, Bd. Bourgojne - Résidence Phénicia - 1er étage(en face de centre de santé OUHOUD)Casablanca - Tél : 0522.22.85.46

أنفا للفحص بالأشعة



ANFA RADIOLOGIE

Casablanca, le 15/04/2023

Facture N° 2933/2023

Nom patient : ASSABBANE EP BENAMAR MERYEM

Examen(s) réalisé(s) :
TOMOSYNTHESE
BILAN SENOLOGIQUE

Montant : mille deux cents (1200 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE DEUX CENTS DH

REGLEMENT : CARTE

INPE
091047670

Dr JEROME EL AYOUB
ANFA RADIOLOGIE
Rue Ali Abderrazak CASABLANCA
Tel 0622 94 97 97 / 98 / 99

Patient : ASSABBANE EP BENAMAR MERYEM
Prescripteur: DR CHEMLALI FATIHA

BILAN SENOLOGIQUE

*Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.
Examen réalisé sur un appareil de tomo-mammographie General Electric (Pristina) mise en service
en janvier 2018.*

Indication :

Examen de dépistage.

Contexte clinique:

Patiente âgée de 47 ans, mère de 3 enfants allaités.
Pas d'antécédents mammaires personnels.
Antécédents mammaires familiaux chez la mère et la tante.

TOMO-MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

Seins partiellement glandulaires (type 2).
Pas de sur-opacité suspecte ni de signe de divergence architecturale.
Présence d'une volumineuse opacité à contours nets et réguliers au niveau du QSE gauche évoquant un kyste.
Pas de foyer de micro-calcifications suspect.
Pas d'adénomégalie axillaire.
Pas d'anomalie des plans cutanés.

ECHODOPPLER + ELASTOGRAPHIE

Présence de multiples formations kystiques bilatérales strictement transsonores. La plus volumineuse se situe au niveau du QSE gauche et mesure 23mm.
Pas d'atténuation suspecte.
Pas de lésion tissulaire.
Pas d'adénomégalie axillaire.
Pas d'anomalie des plans cutanés.

CONCLUSION

Kystes bilatéraux typiques.
Pas de lésion suspecte.
ACR 2 bilatéral.

Classification Bi-Rads de l'ACR (American College of Radiology)

ACR 1 : Aspect normal
ACR 3 : Aspect probablement bénin

ACR 2 : Aspect bénin
ACR 4 : Aspect suspect de malignité

ACR 5 : Aspect malin

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD

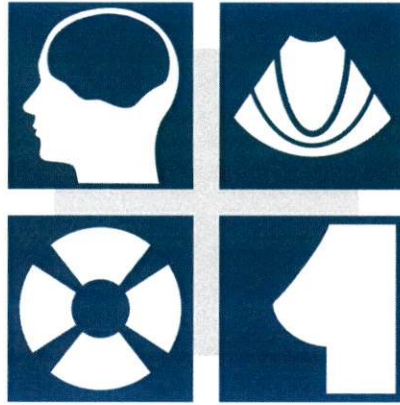
Pour accéder aux images de votre examen, veuillez utiliser le lien suivant :

<http://102.50.250.197:8081/images> Login : 651876 Mot de Passe : 132152

Dr Jawad EL AOUD
ANFA RADIOLOGIE
5, Rue Ali Abdelrazek
Tel: 0522 94 97 11 12

INPE
091047670

مركز أنفا للفحص بالأشعة



Centre Radiologie Anfa

IRM • Scanner Spirale • Echographie • Doppler Couleur • Mammographie • Tomosynthèse

Ostéo-densitométrie • Radio-panoramique dentaire • Cone Beam • Denta-scanner • Radiologie interventionnelle

Docteur Jawad El Aoud

Nom et prénom **ASSABBANE EP BENAMAR MERYEM**

Type d'examen **BILAN SENOLOGIQUE**

Date d'examen **15/04/2023**

