

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 d'Alger - 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-454176

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10142 Société : R.A.M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAIFFI HIND
 Date de naissance : 16-11-1974
 Adresse : 27 AVEST LAKBIN Résidence CAMENIA GENE
 étage N° 18 CASA MAARIK
 Tél : 0661 30 99 23 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age : 70
 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 : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Date des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

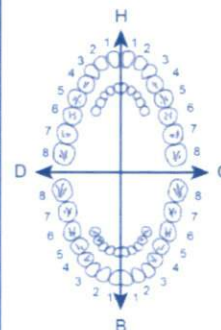
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 26/09/19 | 250 | 600.000h |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

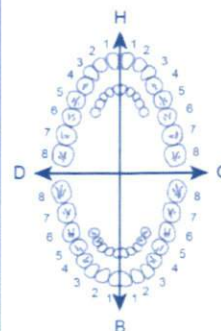
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr Driss Tali

GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

Chirurgie Gynécologique
Accouchement - Stérilité du couple
Maladies des seins - Echographie
Ancien Attaché au service
Gynécologie - Obstétrique
CHU Ibn Rochd - Casa

Ex.Médecin à l'hôpital Militaire

الدكتور إدريس طالعجي

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد - الولادة - العقم

جراحة أمراض الثدي - الفحص بالصدى

طبيب ملحق سابقا بقسم الولادة

مستشفى ابن رشد - البيضاء

طبيب سابق بالمستشفى العسكري



23 SEP. 2019

Je m'attends à vous.

En vue

Mammographie

RADIOLOGIE MAMMAIRE
BERKADIA M. BENVENISTE
17, Rue N°17 Bouchentouf
Tél: 0522 22 26 16 / 0522 22 26 16
Fax: 0522 22 26 16

Dr. Driss TALI
Gynécologue Obstétricien
Angle Bd. El Fida, Rue 29 N°17 Bouchentouf - Casa
Tél: 0522 22 26 16 - Urgence: 06 61 42 49 91
Chirurgie Gynécologique: 0522 22 26 16 / 0522 22 09 90

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 L.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 26/09/2019

Facture

Nom & Prénom : **MAIFFI HIND**
Date d'examen : 26/09/2019

| Examen(s) | |
|---------------|--------|
| MAMMOGRAPHIE | |
| Montant TOTAL | 600 DH |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENTS DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahl
Tél: 0522 23 74 82
Fax: 0522 23 77 05

17, Rue Mohamed BAHl (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Dr. BENYAHIA Zakaria

C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed

C.E.S de Radiologie

Casablanca , le 26/09/2019

R/S

Mme. MAIFFI HIND

DR TALI DRISS

■ I.R.M. (1,5 Tesla)

■ SCANNER VCT
(64 Barettes)

Angioscanner
Coroscanner
coloscanner
Denta-Scanner

■ SCANNER
CORPS ENTIER

■ DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE

■ RADIOLOGIE
NUMERIQUE

■ MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE

■ PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE

■ ECHO-DOPPLER
CŒUR

MAMMOGRAPHIE BILATERALE :

- Seins de volume symétrique, fibro-glandulaires denses, hétérogènes densité type C.
- Opacité du QSI gauche.
- Microcalcifications arrondies à centre clair bilatérale, sans regroupement en foyer.
- Absence de foyer de distorsion architecturale.
- Prolongements axillaires libres.
- Derme et sous-derme d'aspect normal.

AU TOTAL

* OPACITE DU QSI GAUCHE SUR SEINS DENSES.

* UN COMPLEMENT PAR ECHOGRAPHIE MAMMAIRE
EST SOUHAITABLE

16, Rue Mohamed BAHI
(EX, Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maarif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maarif :

Tél. : 05.22.25.74.82

05.22.25.30.30

05.22.23.79.34

Fax : 05.22.23.77.05

I.C.E : 001745076000019

Centre IRM du Maarif :

IRM : 05.22.23.23.12

05.22.99.30.31

Fax : 05.22.25.38.73

irm-maarif@hotmail.fr

I.C.E : 001744959000074

Patente : 34770967

I.F. : 1087675

Avec mes amicales salutations.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M.
17, Rue Mohamed BAHI
Tél: 0522 25 74 82
Fax: 0522 23 77 05

Dr. BENYAHIA Z