

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-498856

N°D: 11659

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12851

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LAHLOU Zineb

Date de naissance : 08/05/1988

Adresse : 1 Rue de l'Espagne

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ 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) :

*[Signature]*

### 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



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 039420

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAHLOU Zineb  
Matricule : 12851 Fonction : Manager Poste : 2166  
Adresse : 1 Rue de l'épargne Haouf Casablanca  
Tél. : 06 61 21 60 29 Signature Adhérent

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAHLOU Zineb Age : 11 ans  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A : 05 le 23 M 2019  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 039420

Matricule N° : 12851  
Nom du patient : LAHLOU Zineb  
Date de dépôt : 09/11/2019  
Montant engagé :  
Nombre de pièces jointes : 4



MUPRAS



## 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
23/11/14	actuel			

## 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
	23/11/14	780	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
25533412	H	21433552														
00000000		00000000														
00000000	D	G														
35533411	B	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

**Docteur Saïd BELGHITI**  
**GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR**

Stérilité - Echographie - colposcopie  
Chirurgie Gynécologique et Endoscopique  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ancien assistant des Hôpitaux de France  
Ancien Chef du Service de Chirurgie  
Gynécologique de l'Hôpital Militaire  
de Marrakech

29, Rue Ilya Abou Madi - Gauthier  
Face Commissariat Central - Casablanca  
Tél. C : 0522 206 579 / 0522 227 975

Fax : 0522 20 67 57

E-mail : belghitisaid11@gmail.com

I N P E : 091018556 / ICE : 00162089000042

Sur Rendez-vous

**الدكتور سعيد بلغيتي**

اختصاصي في الولادة وأمراض النساء  
العقم - التصوير الصوتي - اليزر  
ملحق سابقا بمستشفيات باريس  
رئيس قسم الجراحة النسوية بالمستشفى  
العسكري بمراكش سابقا

29, إيليا أبو ماضي - كوتيني

مقابل الشرطة الرئيسي - الدار البيضاء

الهاتف ع : 0522 20 65 79 / 0522 22 79 75

الفاكس م : 0522 20 67 57

بالموعد

Casablanca le : .....

23/11/2019

**Mme LAHLOU Zineb**

MAMMOGRAPHIE

**RADIOLOGIE Abou Madi**  
27, Rue Ilya Abou Madi  
Appt N°3 - Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09

**Docteur BELGHITI Saïd**  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
29, Rue Ilya Abou Madi - Gauthier  
Tél: 0522 206 579 / 0522 227 975  
Fax: 0522 20 67 57  
CNS: 2289024 / 35309499

En Cas d'Urgence Appeler Clinique l'Hermitage : 0522 86 55 66





Nom & prénom : LAHLOU ZAINEB

FACTURE N° : 19/021660

Date : 23/11/2019

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
MAMMOGRAPHIE	800,00
<b>Total Montant</b>	
800,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de:  
HUIT CENT DIRHAMS

REGLEMENT :CHEQUE Le 23/11/2019 5847042

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

**RADIOLOGIE ABOUMADI**  
27, Rue Ilya Abou Madi  
Appt N°3 - Gautier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09

## Reçu patient

Dossier N° : AK334869



Examen (s) 23/11/2019  
MAMMOGRAPHIE

Total : 800,00

Payé : 800,00 CHEQUE

Solde : 0,00

Cachet et signature du cabinet

**RADIOLOGIE ABOUMADI**  
**www.radiologie-aboumadi.com**

27, Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20000 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail:

**contact@radiologie-aboumadi.com**

Patente : 35509523 IF : 01086163 CNSS : 2623884

ICE : 001342320000052

**Veillez acquitter votre facture à la caisse  
avant tout retrait de résultats et de  
réclamer votre reçu.**

Reçu imprimé le 23/11/2019 à 10:25 par :

RAJAA

Patient : **LAHLOU ZAINEB**

Age : 31 ans

Organisme :

N° CIN :

Médecin prescripteur : DR. BELGHITI SAID

Médecin radiologue : DR\_HANAFI\_I



Casablanca le 23/11/2019

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

**PATIENT : LAHLOU ZAINEB**  
**MEDECIN TRAITANT : DR. BELGHITI SAID**  
**EXAMEN(S) REALISE(S) : MAMMOGRAPHIE / TOMOSYNTHESE**  
**F**

Seins de densité mixte à prédominance grasseuse de type B de l'ACR.  
Présence d'opacités au niveau de la jonction de quadrants supérieurs  
droits bien limitées de tonalité hydrique.  
Absence d'opacité ou de surcroît d'opacité d'allure suspecte du sein  
gauche  
Quelques microcalcifications bénignes du sein droit sans groupement  
suspect  
Aspect radiologique normal du revêtement cutané et sous-cutané.  
Prolongements axillaires libres.  
Le complément échographique confirme la nature kystique des opacités  
sus décrites.

**Conclusion :**

**Aspect en faveur d'une dystrophie kystique du sein droit.**  
**Seins classés BIRADS 2.**

**ACR2 : Anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.**

Confraternellement  
**DR HANAFI I.**  
**INPE : 091202275**

**RADIOLOGIE ABOUMADI**  
27, rue Ily Abou Madi  
Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle