

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 062871

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

83L13  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1084 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAYACHTI Fatiha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:  Lui-même  Conjoint  Enfant

Lien de parenté :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-062871

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# 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)
- SY = 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 courant 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 kinésithérapeute
- 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

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes  
lobaux comportant un ou plusieurs échelonnements  
ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

es actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir 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



1564

Original

DATE DE DEPOT  
AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

**MUPRAS**

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

**FEUILLE DE SOINS MU 017007**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAYACHI Fahla

Matricule : 1084 Fonction : Retraite Poste :

Adresse : 2 rue Am Asserdouine Hay Salam Casablanca

Tél. : 0661267345 Signature Adhérent : F. Lahraach

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAYACHI Fahla Age

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 ..... , le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 017007

Matricule N° : 1084 MUPRAS

Nom du patient : Layachi Fahla

Date de dépôt : 20/02/2020

Montant engagé 500 DH Anapath Dr Aladin

Nombre de pièces jointes :



## RELEVE 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

## 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
	08/11/09	R 454	500,-€

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

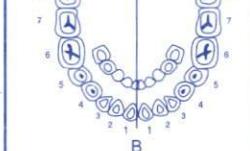
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

<b>D</b>	<b>H</b>
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
<b>B</b>	
<b>G</b>	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 08/11/2019

**Facture N° 200473243**  
**ICE: 001714931000007**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 500,00 DH

CINQ CENT DIRHAMS

concernant les analyses exécutées le 08/11/2019

Pour MME LAYACHI FATIHA

Sur ordonnance du DR: ALAOUI BOUHAMID A.

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomie Pathologique de la Faculté  
de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Militaire Avicenne  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 445 100 / Fax: 0522 445 230  
GSM: 0661 323 003 / Email: al100@hotmail.com



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca, le 15/11/2019

Nom et prénom: MME LAYACHI FATIHA  
Sur ordonnance du Dr: ALAOUI BOUHAMID A.  
N° d'anapath: 156AHB1119

Parvenu au laboratoire le 08/11/2019

Organe ou siège du prélèvement: Mandibule

Renseignements cliniques: Age: ans

Kyste péri-apical en regard de la 45

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Type d'intervention : Biopsie-exérèse

Nombre de fragment : 1

Dimensions : 2 x 1 x 0,6 cm

### **Inclusion totale**

#### Coupes microscopiques :

- Formation kystique bordé par un épithélium malpighien hyperplasique, focalement ulcétré
- Epithélium souligné par un assez important infiltrat inflammatoire subaigu à chronique sans signe de spécificité

Conclusion : Kyste péri-pical inflammatoire, sans signe de spécificité

Pas de malignité

DR. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomie Pathologique de la Faculté  
de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Militaire Aïdounne  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 445 1111, Fax: 0522 445 230  
GSM: 0661 323 002, E-mail: al11ahm@ufrim.ac.ma

**Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid**

*Docteur en chirurgie Dentaire*

Spécialiste en Parodontologie  
Implantologie - Prothèse fixée  
et Occlusodontie

Diplômé de l'Université de LYON



**الدكتور أحمد العلوي بوحميد**

**طبيب جراحي للأسنان**

إختصاصي في أمراض اللثة  
الغرس و تغليف الأسنان

خريج كلية ليون

Casablanca le : ٢١/١٩ الدار البيضاء في :

Mr LAFAITH Fatima

Demande d'analyse anapath  
d'un prélevement péri-apical d'une dent  
(45).

DR. ALOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
CES d'Anatomie Pathologique de Lyon (France)  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Militaire Casablanca  
310, Rue Omar Aïfi - Casablanca  
Tél: 0522 449 100 ; Fax: 0522 445 250  
Email: abdelhafid.aloui@gmail.com

Dr. Ahmed ALOUI BOUHAMID  
Centre Dentaire CIL 42, Rue  
de l'Atlas CIL Casablanca  
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

**Clinique Dentaire CIL**

42, rue de l'Atlas - CIL - Casablanca  
Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)

Tél. : 05 22 94 65 74  
Fax.: 05 22 94 59 81