

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

## Instructions 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 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 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062871

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société : 3413

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAYACHI 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 :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 N° 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 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 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  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelonnements  
sans 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 se présenter 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

# MUPRAS

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

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

## FEUILLE DE SOINS MU 017007

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAYACHI Fatiha  
Matricule : 1084 Fonction : Retraitée Poste :  
Adresse : 2 rue An Asserdoune Hay Salam Casablanca  
Tél. : 0661267345 Signature Adhérent : F. Layachi

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAYACHI Fatiha 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  
Nom du patient : Layachi Fatiha  
Date de dépôt : 20/02/2020  
Montant engagé : 500 DH Anapath Dr Alabini  
Nombre de pièces jointes :  
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

## 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
	08/11/16	8454	500,0

## 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 soins.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANT 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											
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT DES SOINS <input type="text"/>									
			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



# 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 32 20 02





# 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 u épithélium malpighien hyperplasique, focalement ulcéré
- 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 Avidenne  
310, Rue Omar Riffi - Casablanca  
Tél: 0522 44 51 00 - Fax: 0522 44 52 30  
Gsm: 0661 32 20 02 - Email: alaoi11@hotmail.com

**Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid**

*Docteur en chirurgie Dentaire*

Spécialiste en Parodontologie  
Implantologie - Prothèse fixée  
et Occlusodontie

*Diplômé de l'Université de LYON*



CLINIQUE  
DENTAIRE  
CIL

**الدكتور أحمد العلوي بوحاميد**

*طبيب جراحي للأسنان*

إختصاصي في أمراض اللثة  
الغرس وتغليف الأسنان

*خريج كلية ليون*

Casablanca le : 07/11/19 .....: الدار البيضاء في

*Le LACHTI Fatima*

*Demande d'analyse anatopath*

*d'un prélèvement péri-apical d'une dent  
(45).*

**DR. ALAOU 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 Agha  
310, Rue Omar Rifi - Casablanca  
Tél: 0522 44 5100 - Fax: 0522 44 5240  
Général 337 007 42 21 - Email: dr.alaoui@gmail.com

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

*C l i n i q u e   D e n t a i r e   C I L*

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