

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

- Réclamation : 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-582695

56020

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

R-550

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Rouchdi Khaddouj op. Tagmoute

Date de naissance :

14-7-1944

Adresse :

Marina Blanca - Dar Bouazza

Tél. :

06 61 94 97 88

Total des frais engagés :

1800,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17-11-2020

Nom et prénom du malade :

TAGMOUTI Khadija

Age :

76 ans

Lien de parenté :

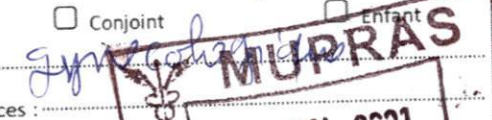
☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affectum



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 :

Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Rouchdi

Le : 17/11/2021

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
17/11/2020			30000	INP : 091043120



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
DIAGNOSTIC MASTIC ERRADA M. BENYAHIA 17, Rue Mohamed Bahi Tel : 0522 25 74 82 Fax : 0522 23 77 05	13/12/20	E ₁ + E ₂ + E ₃ + E ₄	16000

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS 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

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 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 18/12/2020

FACTURE

Nom & Prénom : **ROUCHDI EP TAGMOUTI KHADIJA**
Date d'examen : 18/12/2020

Examen(s)	
OSTEODENSITOMETRIE OSSEUSE ECHO-MAMMOGRAPHIE	
Montant TOTAL	1600 DH

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

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

17, Rue Mohamed BAH1 (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le :

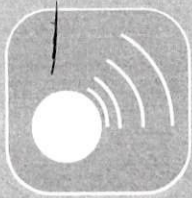
17/11/2020

Mme TAGMOUTI Khaddija

- Mammographie + Echographie mammaire
- Densitométrie osseuse par absorptiométrie biphotonique

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





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 18/12/2020

Mme. ROUCHDI EP TAGMOUTI KHADIJA
DR LAYACHI-TAHIRI FAOUZIA

OSTEODENSITOMETRIE :

Technique : Absorptiomètre Bi- photonique à rayon X (LUNAR).

Sites de Mesures : Avant bras, Rachis lombaire de L1 à L4 et des hanches.

Résultats :

1- Avant Bras droit :

- DMO = $0,680 \text{ g/cm}^2$.
- Z score = $0,0$.
- T score = $-2,3$.

2- Rachis lombaire :

- DMO = $0,970 \text{ g/cm}^2$.
- Z score = $0,2$.
- T score = $-1,9$.

3- Col fémoral gauche :

- DMO = $0,918 \text{ g/cm}^2$.
- Z score = $1,3$.
- T score = $-0,7$.

4- Col fémoral droit :

- DMO = $0,992 \text{ g/cm}^2$.
- Z score = $1,9$.
- T score = $-0,1$.

DMO (ou B.M.D) = Densité minérale osseuse (g/cm^2).

Z-Score : différence entre la valeur mesurée et la valeur moyenne au même âge et pour le même sexe (en écart - type).

T-Score : différence entre la valeur mesurée et la valeur moyenne d'un adulte jeune (30 ans), de même sexe (en écart -type).

Définition de l'OMS :

Normal : T score supérieur ou égale à -1 écart-type

Ostéopénie : T score entre -1 et $-2,5$ écart-type.

Ostéoporose : T score inférieur ou égal à $-2,5$ écart-type.

Conclusion:

* Selon les critères de l'OMS il existe une densité minérale osseuse normale au niveau des hanches.

*Une ostéopénie au niveau de l'avant bras droit et du rachis lombaire.

16, Rue Mohamed BAH
(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

Dr. BENYAHIA Z.

Casablanca , le 18/12/2020

R/S

Mme. ROUCHDI EP TAGMOUTI KHADIJA
DR LAYACHI-TAHIRI FAOUZIA

ECHO- MAMMOGRAPHIE BILATERALE :

- Seins symétriques en involution lipomateuse physiologique, densité type A.
- Petite opacité du QSI du sein gauche, ovalaire de contours réguliers, bien limités peu dense contenant une macrocalcification linéaire d'allure bénigne.
- Petites opacités retro-mamelonnaires droites en rapport à priori avec ectasie galactophorique.
- Quelques microcalcifications mammaires droites d'allure dystrophique.
- Absence de foyer de microcalcification suspect ou de désorganisation architecturale décelable.
- Prolongements axillaires libres.
- Revêtement cutané fin et régulier.

- Le balayage échographique objective au niveau du QSI du sein gauche une formation nodulaire ovalaire de contours réguliers bien limitée hypoéchogène contenant une macrocalcification centrale à grand axe parallèle à la peau, avasculaire, non atténuante, mesurant 15 x 3,3 mm de diamètre.
- Présence au niveau du QSE du sein gauche d'une petite formation kystique arrondie, à paroi fine et à contenu transonore mesurant 2,6 mm de diamètre
- Absence de lésion nodulaire ou kystique décelable au niveau du sein droit
- Absence d'adénopathie axillaire.

AU TOTAL :

- FORMATION NODULAIRE MAMMAIRE GAUCHE D'ALLURE BENIGNE D'ASPECT STABLE COMPARATIVEMENT A L'ANCIENNE ECHOGRAPHIE
- KYSTE MAMMAIRE GAUCHE
- EXAMEN POUVANT ÊTRE CLASSÉ BIRADS 3 DE L'ACR

RADIOLOGIE
BERRA
17, R...
Tel: 0...
Dr. BENYAHIA Z