

## 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 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

- 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

M22- 0057351

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société : RAT  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ANANE Abdelmajid  
Date de naissance : 28-2-62  
Adresse : W. G. B. B. 3 N. Hamid Mervahed  
Tél. : 0665648785 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : KHALOUTI Hassan Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 Le : 26/02/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




### 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
 <p>Centre de Radiologie RAYAN Bd. Mohamed Baâmrâh Lot. Chabab, Ain Sebaâ - Casablanca 0522 76 81 12 - Fax : 0522 76 81 38 INPE : 101110880</p>	06/02/23		1000,00 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

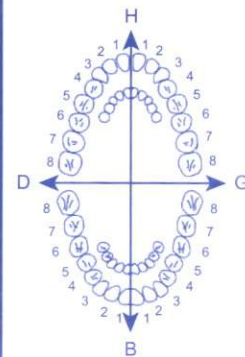
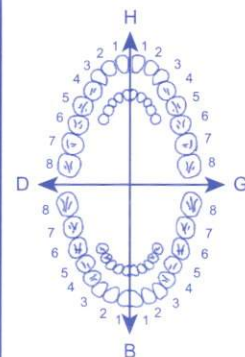
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. ER-RADI ELENA

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Accouchement - Stérilité de Couple

Chirurgie Gynécologique

Echographie

Ex Médecin Attachée CHU - Ibn Rochd - Casa



## الدكتورة الرعدي إلينا

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

الولادة - الجراحة النسائية

العقم عند الزوجين - الفحص بالصدى

طبيبة ملحققة سابقا بقسم أمراض النساء و التوليد

بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Casablanca , le :

الدار البيضاء في :

09.06.23

Dr. ER-RADI ELENA  
KHALOULLA

USS - dernier  
du rgl

CENTRE DE RADIOLOGIE RAYAN  
Dr. Khalil LEBBAR  
RADIOLOGUE

Dr. ER-RADI ELENA  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE  
Chabab C2a - Bd Mohammed El Baamrani  
F4 Appot 4 - Aïn Sebaâ - Casablanca  
Tel : 05 22 73 35 80

## CENTRE DE RADIOLOGIE RYANE

Dr. LEBBAR Khalil

Bd Baamrani AIN SEBAA Tél:0522768112

IF 40494831 ICE:001667575000062

## F A C T U R E

N° : 302060901

Du : 06/02/2023

Nom patient : Mme KHALOUTI HASNAA

Médecin prescripteur ; DrER RADI ELENA

### Examens

Cotation(Z) Prix Dhs

HYSTEROSALPINGOGRAPHIE

80

1 000,00

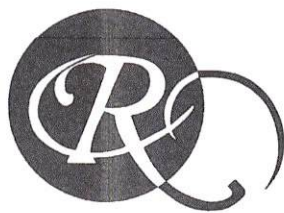
Total

1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**MILLE DIRHAMS**

 **CENTRE DE RADIOLOGIE RYANE**  
Lot. Chabab Bd. Mohamed Baamrani  
0522 76 81 12 - Fax : 0522 76 81 35  
0522 76 81 12 - Tél : 0522 76 81 35





## Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radiodiagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

CASABLANCA LE : 06/02/2023

NOM ET PRENOM  
PRESCRIPTEUR

Mme KHALOUTI HASNAA  
Dr. ER RADI ELENA

## HYSTEOSALPINGOGRAPHIE

### RESULTAT :

Cathétérisation du col à l'aide d'une tulipe puis injection douce cc par cc.  
La cavité utérine est de taille et de morphologie normales, sans anomalie de contours.

Absence de lésion cervico-isthmique.

Rétrécissement tubaire bilatéral, proximal à droite, un peu plus distal à gauche, sans passage de produit de contraste dans la cavité péritonéale

### CONCLUSION :

Phimosi bilatéral, totalement obstructif

#### • I.R.M 1,5 Tesla

~ Corps entier

#### • Scanner 64 barrettes 3D

~ Angioscanner

~ Biopsie Scanoguidée

~ Arthroscanner

~ Dentascanner

~ Coloscanner

~ Enteroscanner

#### • Radiologie Numérisée

#### • Echographie

~ Doppler Vasculaire Artériel et Veineux

#### • Mammographie - Tomosynthèse

~ Repérage stéréotaxique

#### • Panoramique dentaire

#### • Osteodensitometrie.

CENTRE DE RADIOLOGIE RAYAN  
Dr. Khalil LEBBAR  
Confraternellement.  
Dr LEBBAR