

# 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.



**Maladie**



**Dentaire**



**Optique**



**Autres**

*consultation + Cachet ordonance*

**Déclaration de Maladie**

M22- 0035229  
*15188 Nature de maladie*

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	<i>000 371</i>	Société :	<i>RAM</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>Frej Abderahim</i>			
Date de naissance : <i>01.01.1936</i>			
Adresse : <i>06 Bis Rue oujda App. 04 Rabat Haddou</i>			
Tél. :	<i>06 6217 42 61</i>	Total des frais engagés :	<i>1121,40 Dhs</i>

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**Cadre réservé au Médecin**

*El Haddoury Mohamed  
Anesthésiste - Réanimateur  
6, Place Talha, Av. Ibn Sina Agda - Rabat  
Tél : 01098887  
ICE : 001665506000053*

Cachet du médecin :

Date de consultation : *08/02/2023*

Nom et prénom du malade : *Frej Abderahim* Age : .....

Lien de parenté : *De lui-même*  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *AVC ischémique*

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 : *Rabat* Le : *28/02/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## 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
29/02/23	Coass	af		Dr El Haddouji - Reprise Anesthésiste Anesthésiste Place Talha, INP 10109831 1001665506000053

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MICHIFLEN 2, Av. Michiflen, Agdal Rabat T : 0537 53 54 / 05 37 67 26 87  INP 102042561	08/02/2023	221,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	8/12/2023	6 CL APPPLSE UCOU	000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				B	00000000	00000000				G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B	00000000	00000000																				
G	35533411	11433553																				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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																						



استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمختبر على مدار الساعة  
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7j/7

Rabat, le .....

28/2/2023

### **Bon de Radiologie :**

- NOM : Dr E N° dossier  
- Prénom : Mohamed  
- Médecin Traitant : E Chambre N°

### **Examens demandés :**

CENTRE DE RADILOGIE  
DR. YOUSSEF EL HADDOUDY  
6, Place Talha, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat  
Tel: 0537 77 10 10  
www.radiologuekhil.com

Dr. El Haddoudy Mohamed  
Anesthésiste - Réanimateur  
6, Place Talha, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat  
ICE : 001657979000067  
INP : 101003887  
ICE : 00166550600X053



# مركز الفحص بالأشعة التخطيطية

## CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL

### Institut d'Imagerie Médicale et de Radiologie Interventionnelle

Scanner 128 et 16 barrettes - IRM 1.5 T TIM - Radiologie Dentaire  
Sénologie-Imagerie de la femme - Radiologie Interventionnelle - Unité d'Echographie Doppler  
Ostéodensitomètre - Radiologie Numérisée - Radiologie Conventionnelle

Docteur Youssef EL FAKIR

Docteur Omar TAOUSSI

CRN/311992

Docteur Said AKJOUJ

Docteur Bouchaib RADOUANE

Nom du patient (e) : Mr FREJ ABDERRAHIM

Rabat le 08/07/2023

## ECHODOPPLER DES TRONCS SUPRA-AORTIQUES

### TECHNIQUE :

- Examen réalisé en doppler couleur couplé au doppler pulsé à l'aide d'une sonde de 8 Mhz.

### RESULTATS :

- Sur le plan morphologique :**
  - Epaississement intimo-médial carotidien diffus bilatéral, mesuré à 1,1 mm à droite et 1,2 mm à gauche, avec individualisation de plaques d'athérome bulbo-carotidiennes droites, étendues à l'origine de la carotide interne, pariétale postérieure iso-échogène, hétérogène, partiellement calcifiée, à surface régulière et lisse, mesurée à 3 mm d'épaisseur, étendue sur 18 mm, responsable d'une sténose de 33%.
  - Thrombose totale de l'origine la carotide interne gauche, étendue sur 21 mm, avec aspect de TardusParvus en aval.
  - L'artère vertébrale mesure 4,4 mm à droite et 4 mm à gauche.
- Sur le plan hémodynamique :**
  - A droite :**
    - Absence d'accélération des vitesses en regard de l'origine de la carotide interne.
    - Les flux enregistrés au niveau de l'artère carotide primitive interne et externe de même que l'artère vertébrale sont normaux en sens et en amplitude, avec des index de résistance élevés, en rapport avec un phénomène d'artéro-sclérose compris entre 0,60 et 0,75.
  - A gauche :**
    - Absence de flux perceptible au niveau de la thrombose de la carotide interne gauche, avec phénomène de TardusParvus en aval et inversion du flux vélocimétrique enregistré au niveau de l'artère ophtalmique homolatérale très faible et amortie.
    - Les flux enregistrés au niveau de l'artère carotide externe normale en sens et en amplitude, avec élévation de l'index de résistance.
    - A noter une accélération des vitesses circulatoires au niveau de l'artère vertébral gauche, atténuant 130 cm/s, avec un index de résistance normal, estimé à 0,67.

### CONCLUSION :

- Thrombose totale de l'origine de la carotide interne gauche, avec retentissement d'aval.
- Plaques d'athérome bulbo-carotidiennes droites, étendues à l'origine de la carotide interne, responsable d'une sténose de 33%, demeurant non significatif.

Urgences Radiologiques 24 h/24

CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL DR. Youssef EL FAKIR / Af

6 place Talha, Avenue IBN SINA (à côté Clinique Agdal ) Station TRAM Av. de France 01049286 Rabat  
Tél. 05 37 77 10 10 (LG) - : 05 37 77 10 77 - : 06 37 92 02 78 - : crnakhil@gmail.com Dr EL FAKIR / Af  
6, Place Talha Avenue IBN SINA - Rabat - Maroc - Tél. 05 37 72 10 10 - www.radiologienakhil.com



# مركز الفحص بالأشعة النخيل

## CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL

Institut d'Imagerie Médicale et de Radiologie Interventionnelle

Docteur Youssef EL FAKIR

Docteur Omar TAOUSSI

- IRM 1.5 T
- Scanner 16 barrettes
- Echographie Doppler Couleur
- Ostéodensitométrie
- Radiologie Numérisée
- Mammographie
- Artériographie
- Radiologie Interventionnelle

### FACTURE

N° : 2301816  
Rabat, le 08/02/2023

Nom patient : **FREJ ABDERRAHIM**

Examen(s) réalisé(s) :

**ECHODOPPLER ARTERIEL DES VAISSEAUX COU** **900,00 DHS**

Montant : **900,00 DHS**

Convention/R : :

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**NEUF CENTS DHS**

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL  
 DR. Youssef EL FAKIR  
 INPE : 101000166  
 6, Place Talha Av. Sina Agdal  
 Tel: 0537 77 10 10 Fax : 0537 77 10 77  
[www.radiologienakhil.com](http://www.radiologienakhil.com)

PATENTE : 25740323 I.S : 03334707 C.N.S.S : 7177480 ICE : 001713888000038  
 N° Compte bancaire ATWB : 007 810 0014419000300797 85

6, Place Talha Av. Sina (à coté Clinique Agdal) Agdal  
 Tél : 05 37 77 10 10 (LG) Fax : 05 37 77 10 77  
 Contact Whatsapp : +212 689 031 868

Dr Hsaini Yahya  
→ 0640463946

**CLINIQUE AGDAL**  
Médico-Chirurgicale  
Rabat



**مصحة أڭدال**  
**للطب والجراحة**  
**الرباط**

استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمخترن على مدار الساعة  
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7j/7

Rabat, le 08.02.23

Mr FREJ Abderrahim

35,70 - Kardeljic 160

ASIJ

185,70 - PHARMACIE MICHLIFEN  
2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 53 54 / 0537 67 26 87

- Crestor. 10 mg  
1cp le son

221,40  
PHARMACIE MICHLIFEN  
2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 53 54 / 0537 67 26 87

Dr. El Haddoury Mohamed  
Réanimateur  
6, Place Talha, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat  
ICE : 00165506000053  
N° : 1109887  
Signature

AstraZeneca 

Voie orale

# 30 comprimés pelliculés



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH



6 118001 183111

10 mg



R®

pelliculés

effet nouv.

ير معروف: لاكتوز

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
L01 :22E011  
PER..06 2024



6 118001 081189

**Titulaire de l'AMM :** sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,  
Casablanca - Maroc.  
**Lahcen BOUCHAOUIR,** Pharmacien Responsable.  
**Fabricant :** sanofi-aventis Maroc  
km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.