

## 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 ALD :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-698519

SELHOUN 153895

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 342 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Praticien

Nom & Prénom : SELHOUN Hamid

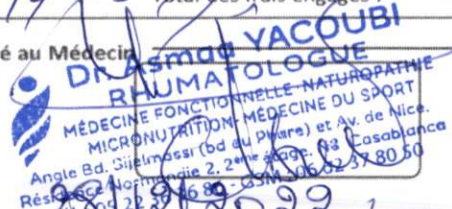
Date de naissance : 01/07/43

Adresse : 60 Bd J'EL HANOUJ Casablanca

Tél : 064 1777 913 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/03/22

Nom et prénom du malade : SELHOUN Hamid Age :

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

Nature de la maladie : RHUMATOLOGIQUE

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 : 24 / 03 / 23

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 Rendement des Actes   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/12/2022      |                   | C                     |                                 | Dr. RAHMA BOLOUBI<br>MEDECINE FONCTIONNELLE NATURELLE<br>MICRONUTRITION MEDECINE DU SMOG<br>Angle Bd. Smaïmassi (bd du Phare) et Av. de Nice<br>Cité d'Alger 16 - Algérie 16 - Algérie 16 - Algérie 16<br>Tél: 05 22 30 30 46 - GSM: 06 42 37 80 50 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

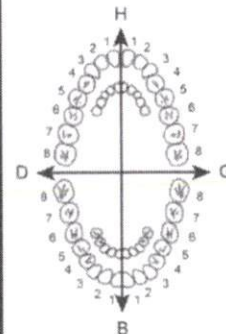
| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 04/01/23 | 2200                         | 200000                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

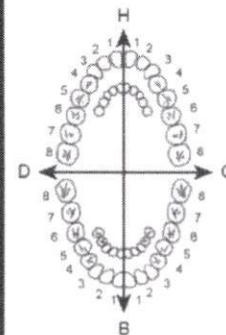
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| G        |          |
| B        |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. YACOUBI Asmaa  
الدكتورة يعقوبي أسماء

MALADIES DES OS · ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE ET MICRONUTRITION  
RHUMATOLOGIE · NATUROPATHIE · MÉSOTHÉRAPIE  
MÉDECINE DU SPORT

Casablanca, le : 2.8 DEC. 2022

TRA. SANCHEZ HAMELID.

Canal lombaire étiré

avec CRT

En TDM lombaire

⊕ Bassin

Dr. Asmaa YACOUBI  
RHUMATOLOGUE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE · NATUROPATHIE  
MICRONUTRITION · MÉDECINE DU SPORT  
Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice,  
Résidence Normandie 2, 2<sup>ème</sup> étage, N3 - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 36 86 - GSM: 06 62 37 80 50





Casablanca le 04/01/2023

PATIENT : SELHOUM HAMID  
MEDECIN TRAITANT : DR. YACOUBI ASMAA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : SCANNER LOMBAIRE + BASSIN  
R

**Dr. Mustapha AKIKI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**

Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE  
Ep. Benjelloun**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

**Technique :**

Exploration scanographique multi-barette sur le rachis lombaire avec des reconstructions en coupes sagittales et axiales sur les trois disques lombaires en fenêtre osseuse et des parties molles.

**Résultat :**

**Au niveau lombaire :**

Arthrose lombaire étagée somatique antérieure, postérieure et zygapophysaire.  
Protrusions étagées des disques L3-L4, L4-L5 et L5-S1, responsables d'un rétrécissement canalaire secondaire.  
Conflit disco radiculaire par ces protrusions discales.  
Absence de tassement vertébral.  
Absence de spondylolisthésis.  
Déminalisation osseuse diffuse.  
Absence d'anomalie des parties molles.

**Au niveau du bassin :**

Arthrose des pieds des sacro iliaques.  
Bonne congruence articulaire coxo-fémorale.  
Absence de signe d'ostéolyse.  
Absence d'infiltration des parties molles.

**Conclusion :**

- Discarthrose étagée L3-L4, L4-L5 et L5-S1 responsable d'un enserrement des racines de la queue de cheval avec rétrécissement canalaire secondaire.
- Arthrose des pieds des sacro-iliaques.

Confraternellement  
DR BENKIRANE H.  
INPE 091023531

N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC,  
utilisez le lien :

<http://105.159.250.200:8088/images>

Login : AK486384

Mot de Passe : AK230404

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

## Reçu patient

Dossier N° : AK486384



Examen (s) 04/01/2023  
SCANNER LOMBAIRE + BASSIN

Total : 2 000,00

Payé : 2 000,00 TPE

Solde : 0,00

Cachet et signature du cabinet

**RADIOLOGIE ABOUMADI**

**www.radiologie-aboumadi.com**

27,Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20000 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail:

**contact@radiologie-aboumadi.com**

Patente : 35509523 IF : 01086163 CNSS : 2623884

ICE : 001342320000052

**Veuillez acquitter votre facture à la caisse  
avant tout retrait de résultats et de  
réclamer votre reçu.**

Reçu imprimé le 04/01/2023 à 10:58 par :

NABILA

Patient : **SELHOUM HAMID**

Age : 78 ans

Organisme :

N° CIN :

Médecin prescripteur : DR. YACOUBI ASMAA

Médecin radiologue : DR\_BENKIRANE\_H

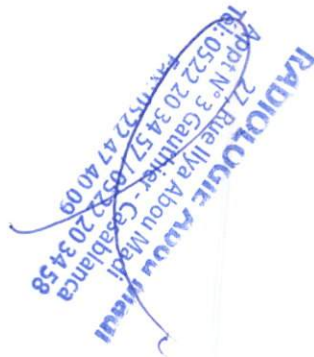


Nom & prénom : SELHOUM HAMID

FACTURE N° : 23/000243

Date : 04/01/2023

| <u>Examen</u>             | <u>Montant</u> |
|---------------------------|----------------|
| SCANNER LOMBAIRE + BASSIN | 2 000,00       |
| <b>Total Montant</b>      |                |
| 2 000,00                  |                |



Arrêtée la présente Facture à la somme de:

DEUX MILLE DIRHAMS

REGLEMENT :TPE Le 04/01/2023

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

**CENTRE  
MONETIQUE  
INTERBANCAIRE**

**ACHAT**

04/01/2023 10:48:07

9900402216

94022101

RADIOLOGIE ABOU HADI II  
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

SELHOUN /HANI.NR

\*\*\*\*\*8464

11/25 CARTE NATIONALE

FFD3A3C1080E3857

220-0-9999-1-44

MONTANT: 2000.00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTORISATION: 006047

STAN : 012146

**DEBIT**

**Le CHI vous remercie**

---

**TICKET A CONSERVER**

Copie Client