

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W19-547649

~~M~~ = 31806

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

ST20

Société :

R-A-M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMIDI

Abdeljalil

Date de naissance :

06/12/1964

Adresse :

106, Pole urbain nouaceur.

Tél. :

0661157321

Total des frais engagés :

908 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/01/2020

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'adjudicatif conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casa

Le : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan d

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"/>												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25633412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>		H	25633412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25633412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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'EXÉCUTION

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)
- Y = 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 courant 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

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
lobaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- 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 revenir 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

DATE DE DEPOT

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



M U P R A S

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

FEUILLE DE SOINS 1622589

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HAMIDI Abdelali

Matricule : 5720 Fonction : CDB Poste : Doy

Adresse : 106, Pole urbain Nouakchott

Tél. : 0661.157321 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HAMIDI ABDELAÏ Age 21/11/1964

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 06/02/2020

Nature de la maladie : Sarcoïdose

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

Matricule N° : 5720 1622589 MUPRAS
Nom du patient : HAMIDI Abdelali
Date de dépôt :
Montant engagé 300.736 + 372
Nombre de pièces jointes :



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
06/02/2020	V2	①	300	MA
18/03/2020	V2	①	Cratim	E

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/20 10-02-2020	372,00 236,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/10/2020		

AUXILIAIRES MEDICAUX

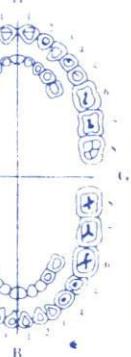
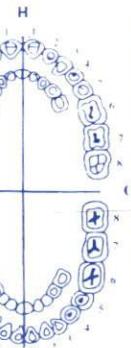
VOLET ADHERENT

* 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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

06.02.2020

الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقاً
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المختص
المعق بمستشفى بوجون، باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم



Casablanca, le

Mr HAMIDI ABDELALI

٦٧٤٢
1 - SAPHIR 1 G



Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.

٦٩١٥
2 - DOCIVOX SIROP



1 le matin et à midi, pendant 6 jours.



Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Faculté de Médecine et de Pharmacie
416, L : Abdelmoumen, R : Anoual Capital Center
Rés. Anoual Capital Center - Casablanca
Tél : (+212) 5 22 99 66 24
ICE : 002051431000012

PPV: 167DH00
PER: 11-22
LOT: 12403

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

Casablanca, le

الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقاً

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم



٦٢١٢٣٠

الدار البيضاء، في

Dr. ABDELAZIZ BAKHATAR
Spécialiste de Santé des Poumons

Tunis, France,

Professeur ABDELAZIZ BAKHATAR
Pneumo-Phlébologue Allergologue
416, Bd. Abdellatif Ben Anoual Angle Bd. Anoual
Rés. Ancal Capital Center 1er étage N°5
Tel : (+212) 5 22 99 66 24 - Casablanca
ICE : 002051431000012

RADIOLOGIE
ANOUAL 111



الفحص بالدینار
انوال 111

Radiologie Numérisée Echo Doppler Echographie Obstétricale 3D - 4D Mammographie Numérisée Sénologie interventionnelle
Scanner multibarrettes Ponctions guidées (Scanner, Echo) Ostéodensitométrie IRM Haut Champ 1.5T

Dr Chakib Bennani-Smirès / Dr Fatiha Dadi-Benmoussa / Dr Mohamed Hamdouch / Dr Hassan Zeghari
Dr Abdelaziz Zouaoui / Dr Nazha Lahlou

le 10-08-2020

Hamid Abdellati

- enceinte
100 ml



379.
PHARMACIE ANOUAL
N°3 Allée du Lion
face Radiologie Anoual

111, شارع انوال - حي المستفيض - الدار البيضاء - 20360
الهاتف : 05 22 86 09 99 / 89 / 79 / 05 22 86 05 60 / 69 / 05 22 86 06 05
fax : 05 22 86 11 77
IRM : 05 22 86 29 00 - Secretariat Administratif : 05 22 86 28 00 - Fax : 05 22 86 08 93
الفاكس : 05 22 86 08 93
Site web : www.anoual.ma - E-mail : info@anoual.ma

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 10 Février 2020

PR BAKHATAR ABDELAZIZ

MR. HAMIDI ABDELALI

COMPTE RENDU

TDM THORACIQUE

Technique :

Acquisition hélicoïdale, sans et après injection de contraste IV.

Résultat :

Sur le plan médiastinal :

- Absence d'adénopathie médiastinale.
- Absence d'épanchement pleuro ou péricardique.

Sur le plan parenchymateux :

- Quelques foyers en verre dépoli éparses au niveau du champ pulmonaire droit.
- Micronodule infracentimétrique visible au niveau des deux champs pulmonaires dont quatre à droite, mesurant entre 4 et 7,7mm de diamètre et deux à gauche, mesurant 5mm de diamètre.

Conclusion :

- Quelques foyers en verre dépoli éparses au niveau du champ pulmonaire droit nécessitant un contrôle après traitement dans 3 mois.
- Micronodes infracentimétriques au niveau de la base des deux champs pulmonaires pouvant être des lésions granulomateuses séquellaires mais nécessitant une confrontation au reste du bilan et un contrôle par une TDM thoracique dans 3 mois +++.



www.anoual.ma | E-mail : anoualtel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68
Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93

Pour 1 mL de solution : iohexol 647 mg q.s.p.
300 mg d'iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau p.p.l.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas +30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants. Le produit peut être conservé 1 mois à une température de +37°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

1 مل يحتوي على : إيهوكسول 647 ملغ كـ.كـ.
300 ملغ بود.
المركبات الأخرى : تروميتابول ، حمض الهيدروكلوريك
أبيديات الكالسيوم ، ماء للحقن.

- كـل عبـوة لـإستـعمال واحد.
- يـحفظ فـي مـكان درـجة حرـارـتـه لـاتـعـدـى 30°مـ.
- يـحفظ بـعيـداً عـن الضـوء وـيعـدـى الأـشـعة.
- هـذـا الدـوـاء يـمـكـن حـفـظـه مـدة شـهـر فـي مـكان درـجة حرـارـتـه 37°مـ.
- لا يـتركـ على سـرـائـي أوـ في مـتناول الـأـطـفال.
- اقـبـقـ أـقـبـقـ الشـفـة الدـاخـلـة قـبـل الإـسـتمـالـ.

GE Healthcare



OMNIPACETM أونبيك™

300 mg I/ml ملغم يود/مل

Solution injectable IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 100 ml

Voie intraveineuse ou intra-artérielle

EXP/
نهاية الاستهلاك
Lot n°/
الحصة
FAB/
نماذج الأنسجة

07-2022
14677378
019 08 26

1192527 DZA

رقم مقرر التسجيل: 017/212 DE: 17/99/08C

**OMNIP'AQUE 300 mg I/ml
IOHESOL**

أومنيباك 300 ملغ يود/مل
إيهكسول

Respecter les doses prescrites.
احترم مقدار الدوسة

Liste I [القائمة الأولى]
Médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance.

دواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la GE : صاحب مقر التسجيل :
GE Healthcare AS
Nycoaven 1-2, P.O.Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Fabricant/ Conditionneur : الصانع / المعنى :
GE Healthcare
IDA Business Park, Carrigtoghill, Co. Cork, Ireland.



OMNIPAQUE™ 300mg I/ml
SOLUTION INJECTION

Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur
No A.M.M. 23111-1