

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

- 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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **31806**

Matricule : **5720** Société : **P-A-M**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **HAMIDI Abdelal**

Date de naissance : **06/12/1964**

Adresse : **106, Pde urbain nouaceu**

Tél : **0661157321** Total des frais engagés : **908 dh**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07 JUL 2020**

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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'at. médecin 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 : **07/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

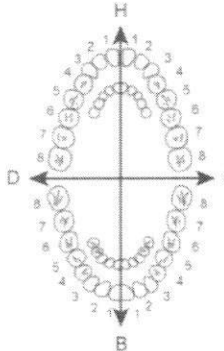
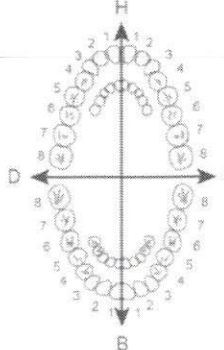
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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'EXE

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)
- = 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 couvrant 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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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 se présenter 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



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1622589

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HAMIDI Abdelali
Matricule : 5720 Fonction : CDR Poste : Doc
Adresse : 106, Pole urbain Nouadour
Tél. : 0661157321 Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HAMIDI ABDELALI Age 26 | 12 | 64
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 06/03/2020
Nature de la maladie : Sarcidose
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 1622589
Matricule N° : 5720
Nom du patient : HAMIDI Abdelali
Date de dépôt : _____
Montant engagé 300 R36 + 372
Nombre de pièces jointes : _____



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
06/02/2020	V2	①	300,00	[Signature]
18/03/2020	V2	①	Cratère	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	10/02/2020		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	G	
	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS
	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction)		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le في الدار البيضاء.

Mr HAMIDI ABDELALI

1 - SAPHIR 1 G



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

2 - DOCIVOX SIROP



1 le matin et à midi, pendant 6 jours.



Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
416, Bd Abdelmoumen (Angle Bd Anoual), Résidence Anoual Capital Centre, N°5 - Casablanca, Maroc
Tel : (+212) 5 22 99 66 24 - GSM : (+212) 6 61 08 99 15 - E-mail : bakhataraziz@gmail.com
ICE : 002051431000012

PPV: 167DM00
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

الدكتور عبدالعزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le

في الدار البيضاء،

Dr. HASSINI Abdelhak
Signature de l'attesté des ?

Dr. Hovak,

Professeur Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Pneumologue Allergologue
416, Bd. Abdelmoumen (Angle Bd. Anoual)
Rés. Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Tél : (+212) 5 22 99 66 24 - Casablanca
ICE : 002051431000012

RADIOLOGIE
ANOUAL 111



الفرص بالدينونة
أنوال 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

u n - 02 - 2020

Hamido Abdelli

- smugraque
100 ml



372.0

PHARMACIE ANOUAL
N°3 Ailes du Lion
Face Radiologie Anoual
Tél/Fax : 05 22 86 11 77

111, Bd. Anoual, Quartier des Hopitaux - Casablanca 20360 - الدار البيضاء - حي المستشفيات - 111, شارع أنوال،
Standard : 05 22 86 09 99 / 89 / 79 / 05 22 86 05 60 / 69 / 05 22 86 06 05 : الهاتف
IRM : 05 22 86 29 00 - Secretariat Administratif : 05 22 86 28 00 - Fax : 05 22 86 08 00 : الفاكس
Site web : www.anoual.ma - E-mail : info@anoual.ma

Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOU | 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.
- Micronodules 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 +++.

DR LAHLOU NEZHA



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

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 : إيوهكسول 647 ملغ ك.ك.ل
300 ملغ يود.

المركبات الأخرى : تروميتامول ، حمض الهيدروكلوريك ،
إيديئات الكالسيوم ، ماء للحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى 30°م ،
يحفظ بعيداً عن الضوء و بعيداً عن الأشعة.

هذا الدواء يمكن حفظه مدة شهر في مكان درجة
حرارته 37°م .

لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

300 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
إيوهكسول

1 x 100 ml

Voie intraveineuse ou
intra-artérielle

يستعمل للحقن
داخل الأوعية

EXP/
نهاية الإستهلاك
Lot n°/
الحملة
FAB/
تاريخ الإنتاج

07-2022
14677378
2019 08 26

1192527 DZA

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

OMNIPAQUE 300 mg I/ml
IOHEXOL

أومنيباك 300 ملغ يود/مل
إيوهكسول



Respecter les doses prescrites
[احترموا مقادير الوصفة]

Liste I
Médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance

دواء يقدم إلا على وصفة

Détenteur de la GE :
GE Healthcare AS
Nycoveien 1-2, P.O.Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Fabricant/ Conditionneur :
GE Healthcare
IDA Business Park, Carrigtohill, Co. Cork, Ireland.

صاحب مقرر التسجيل :

الصانع / المصنع :

OMNIPAQUE™ 300mg I/ml
SOLUTION INJECTABLE IOHEXOL 1x 100ml



Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.L.Ouled Saleh
Boukoura, Nouaceur
N° AMM : 311/13 DMP/21/NNP