

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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](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° P19- 047181

ND: 32837

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUI AZIZ ASLALLATIF

Date de naissance : 25.04.1949

Adresse : Lotissement SADIA BAK N° 42

Ain Diab Casa

Tél. : 0662829255 Total des frais engagés : 5500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : CHAOUI AZIZ ASLALLATIF Age : 71 ans

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'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 : Casa Le : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

15 " " 2020



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10/07/20	Ang. 2 I R M Aorte 1 R M	5500,00

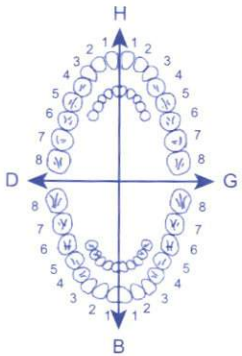
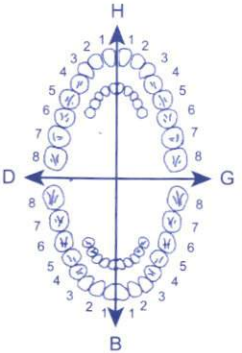
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412    21433552  00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>  00000000    00000000  35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 9/7/2020

M. Chabou, Aziz  
Abdelhak

• Ischémie critique du MIA  
• Antécédents de Steady FS gite  
• Echo Doppler Sténose significative  
de l'ATD de  
• Insuffisance rénale

INPE : 100062884

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
RIAD ANNAKHIL  
SERVICE RADIOLOGIE  
Tél : +212 537 542 000  
E-mail : contact@pira.ma



Pr. A. EL MESNAOUI  
Chirurgie Vascular  
Chirurgie Générale  
Polyclinique Internationale  
Riad Annakhil - Rabat

الرباط - حي الرياض - S, حي الطريق الدائري S, Hay Riad Annakhil  
Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad Annakhil  
Tél : +212 537 542 000 - Fax : +212 5 37 56 46 47 - Email : contact@pira.ma

Site web : www.pira.ma



CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Date : 10/07/2020  
Nom du patient (e) : Mr CHAOUI AZIZ ABDELLATIF  
Nom du médecin : Pr EL MESNAOUI ABBES

**Angio IRM des membres inférieurs**

**Examen** : Stent au niveau de l'AFS gauche, ischémie critique du MI droit.

**Technique** : Séquences d'Angio IRM en 3D TOF sans injection de PC paramagnétique.

**Résultats** : **Examen gêné par l'instabilité du pouls (troubles du rythme)**

- ☐ Aorte de calibre normal ne présentant ni sténose ni anévrisme.
- ☐ Artères iliaques de calibre normal, sans sténose significative.
- ☐ VB multi lithiasique, avec calcul enclavé infundibulaire.
- ☐ Absence de dilatation des voies biliaires.
- ☐ Kystes rénaux polaire supérieur droit mesurant 56 mm de diamètre environ, et polaire inférieur gauche de 12 mm de diamètre.

**Membre inférieur droit :**

- ☐ AFS et tronc poplité libres et perméables.
- ☐ Aspect grêle et discontinu de la tibiale antérieure.
- ☐ Irrégularité du tronc tibio-péronier avec ATP et A péronière libres et perméables.
- ☐ Mauvaise analyse du segment distal.

**Membre inférieur gauche :**

- ☐ AFS libre et perméable avec discrètes irrégularités en distalité.
- ☐ Artères poplité, et trépied jambier libres et perméables.
- ☐ Mauvaise analyse du segment distal.

**Conclusion :**

Artérite des axes jambiers prédominant sur la tibiale antérieure et le TTP droits, à la limite de l'examen.

Vésicule multilithaisique.



Pr. EL HASSANI / OA



**Polyclinique  
Internationale**  
Riad Annakhil



INPE : 100062884

**FACTURE N° 202007400**

RABAT Le : 10-07-2020

page 1 / 1

Identification	
N° Dossier : 20G10082421	N°IPP : 008811/19
Nom & Prénom : M. CHAOUI AZIZ ABDELLATIF	
C.I.N. : B409089	
Date Naissance : 25-04-1949	
Adresse : CASABLANCA	

Médecin traitant
DR. EL MESNAOUI ABBES

<b>Organisme :</b>	<b>Payant</b>
ICE :	
<b>Période d'hospitalisation</b>	
Date Entrée : 10-07-2020	
Date Sortie : 10-07-2020	

Traitement
Radiologie

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
ANGIO IRM MEMBRE INFERIEURE + AORTE		1	5 500,00			5 500,00
<b>Sous Total</b>						<b>5 500,00</b>
<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>						<b>5 500,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>5 500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		5 500,00 Dh	0,00 Dh

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
RIAD ANNAKHIL  
SERVICE RADIOLOGIE  
Tél : +212 537 542 000  
E-mail : contact@pira.ma

POI