

# 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.

## Diagnostique 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

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



42041

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020897

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0956 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAHLou. Fikri Abdelhakim Date de naissance : 01.01.1946  
Adresse : 11 Bld Bin Anzougar Apt 4 Etage 2 Résid. SEDRA 1  
Tél. : 06 63 72 72 37 Total des frais engagés : 1700,00 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 / 09 / 2020  
Nom et prénom du malade : LAHLou Fikri Abdelhakim Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Rapide  
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 : CASABLANCA Le : 29/09/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
9/9/20	U		700,0	

# 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
	21/09/20	2140	1400,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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

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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Consultations :**

Pneumophysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**

Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

Casablanca le 21/09/2020

Monsieur LAHLOU FILALI Abderrahmane

scanner thoracique : image excavée apicale gauche opérée

Prendre rendez-vous sur : [casasouffle@gmail.com](mailto:casasouffle@gmail.com)

**Dr. Mohammed EL IBRAHIMI**  
Pneumophysiologue  
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

Centre de Radiodiagnostic  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20100 - Casablanca  
Tél: 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47  
Fax: 05 22 94 91 23





# مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 21/09/2020

FACTURE N° : FA:00 8053/20  
Nom : LAHLOU FILALI  
ABDERRAHMANE

Arrêtée la présente facture à la somme de :

1 400,00 Dhs

**MILLE QUATRE CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

SCANNER THORACIQUE

1 400,00 Dhs

Total de : 1 400,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
Casablanca - Maroc  
Tél: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96  
0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
e-mail: roudani.crr@gmail.com



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca , Le 21/09/2020

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalise(s)

LAHLOU FILALI ABDERRAHMANE  
DR EL IBRAHIMI MOHAMMED  
SCANNER THORACIQUE

## COMPTE RENDU

### Technique :

Examen réalisé sans injection intraveineuse de produit de contraste.

### Résultat :

Par comparaison à l'examen du 08/07/2020 :

On retrouve le nodule lobaire supérieur gauche spiculé, de taille stable à 22mm,  
Micronodule satellite de 2mm.

Présence d'un autre micronodule lobaire supérieur gauche aux contours  
irréguliers de 7mm.

Micronodule lobaire supérieur droit de 4mm, aspécifique.

Emphysème pulmonaire prédominant aux lobes supérieurs.

Absence d'épaississement pleural suspect.

Absence d'opacité en verre dépoli.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique .

Absence d'adénopathie médiastinale ou axillaire de taille significative.

Athéromatose calcifiée de l'aorte thoracique dont le calibre est préservé.

En fenêtre osseuse, absence de lésion d'allure suspecte.

### Au total :

Stabilité de la lésion lobaire supérieure gauche spiculée de taille stable par  
rapport à l'examen précédent.

Présence de deux micronodules lobaires supérieurs gauches associés dont un  
de 7mm aux contours irréguliers.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Salma BERRADA  
RADIOLOGUE

Dr.S. BERRADA

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
ROUDANI  
400, Bd Brahim Roudani - Maârif  
20.100 - Casablanca  
Tél: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96  
Fax: 0522 23 50 70 - E-mail: roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma