

## 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.

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

N° W19-555679

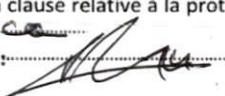
ND: 42140

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                                | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                                  |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 18622   | Société : Royal Air Maroc             |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                       | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : ALAHAYANI Amine                                  |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 28/10/1987                                  |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : Lot EL ISMAÏLIA Rue 5 n31 Etg3, californie Casablanca |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 06 6440 8970 Total des frais engagés : ..... Dhs         |                                       |                                  |                                 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin   |  |  |  |
| Cachet du médecin :<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr. Mohamed EL YAKOUBI<br/>           Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif<br/>           11, Rue d'Agadir-Casa<br/>           Tél: 0522 20 94 83         </div> |  |  |  |
| Date de consultation : 22 Juil, 2020   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : M. ALAHAYANI Amine Age: 1887   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant<br>Nature de la maladie : Crie dans白天 a la une syndrome<br>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 : 30/10/2020

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   |
| 2 Juil 2020                    | 62                | 1                     | 30000                           | INP : 0191060323<br>Dr. MULIADOU ET L YAKOU<br>Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif<br>Cosa |

| ANALYSES - RADIOPHARMACIES                           |            |                                    |                        |
|--|------------|------------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date       | Désignation des Coefficients       | Montant des Honoraires |
| <i>je</i><br><i>RADIOLOGIE</i><br><i>DR BENYAHIA</i> | 23/07/2008 | <i>Scanner</i><br><i>ABDO pefu</i> | <i>2500 francs</i>     |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE  |   |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|--|---|---|--|---|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.   |   |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.  |   |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  | <b>Dents Traitées</b><br>(Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires) | <b>Nature des Soins</b><br>(Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires) | <b>Coefficient</b><br>(Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires) | INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>                   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>       |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>      |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>           |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>     |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |   |   |  | <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>                          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>         Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |   |   |  |   | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
| H  | 25533412  | 21433552  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D  | 00000000  | 00000000  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B  | 35533411  | 11433553  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G  |   |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  |   |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>   |   |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

**Docteur Mohamed EL YAKOUBI**

## SPECIALISTE

**des Maladies de l'Appareil Digestif  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER  
ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE  
PROCTOLOGIE**



الدكتور محمد اليعقوبي

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بمونبولي

## الفحص بالصدى - التنظير الداخلى

## أمراض الشرج والبواسير

Casablanca, le

22 Juil 2020

الدار البيضاء في

71 ALASKA 4911 A 71-1

TD 1 Aborigines - Peruvienne

Re: *Crisia dulcissima* Smith agn. et  
mim. by exhibit one. No. 10  
differ exhibit no. 1. from this one  
of same exhibit.

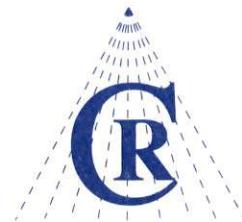
**CASH TRADING LOGIE**  
Dr. BENYADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tel. 0522 27 4406 61 67 46 72

J.R. MUNAMBO ET L'YAKOUEI  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif  
1, Rue d'Agadir/Casa  
0522 20 94.83

11- زنقة أشادير الطابق الأول (مقابل السوق) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 94 83

# CASA RADIOLOGIE

Dr Y. BENHADDOU  
Dr K. BENYACHOU



البيضاء  
للفحص بالأشعة

الدكتور يوسف بنحدو  
الدكتور خالد بنيشو

Casablanca, le 23/07/2020

## FACTURE :05881/2020

Nom & Prénom : ALAHAYANI AMINE

| Examen(s)                |         |
|--------------------------|---------|
| SCANNER ABDOMINO-PELVIAN |         |
| Montant TOTAL            | 2000 DH |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
DEUX MILLE (2000 DH)

CASA RADILOGIE  
Dr. BENHADDOU / Dr. BENYACHOU  
Tél: 0522 27 10 10(LG)/0522 27 44 27/0522 27 77 44-GSM:0661 674 672  
Fax : 0522 27 77 04 - contact@casaradiologie.com - www.casaradiologie.com  
R.C. Casa : 69001 - Patente : 32505292 - C.N.S.S. : 2347054 - I.F. 01621082  
I.C.E: 000217463000006 - Compte ATWB : 007780000238200000027632



Casablanca le 23/07/2020

Médecin Traitant : **DR M. EL YAKOUBI**  
Nom du patient : **MR ALAHAYANI AMINE**  
Examen Réalisé : **SCANNER ABDOMINO-PELVIE**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:**

Bilan de douleurs abdomino-pelvienne avec des signes cliniques d'inflammation franche.

**TECHNIQUE:**

Examen réalisé en acquisition volumique infra-millimétrique sans puis avec injection du produit iodé aux temps artériel et portal.

**RESULTATS:**

Pas de lésion viscérale hépatique et pas de dilatation des voies biliaires ni de thrombose porte.

Pas d'épaississement anormal de l'aire pancréatique.

La rate est homogène, non hypertrophiée.

Pas de masse surrénalienne.

Les reins sont bien fonctionnels et les voies urinaires ne sont pas dilatées.

Pas de lithiase urinaire.

Mise en évidence d'un aspect épaisse et rigide de la dernière anse iléale avec importante infiltration de la graisse entre les dernières anses grèles et le sigmoïde.

Aspect en faveur d'une iléite terminale sans signe de complication actuelle, en particulier, sans signe de perforation.

Pas d'image de collection d'abcédassion profonde.

Pas d'épanchement péritonéal.

**CONCLUSION:**

*Epaississement et rigidité de la dernière anse iléale avec importante infiltration de la graisse entre les dernières anses iléales et le sigmoïde : iléite sans image de perforation et sans image de collection d'abcédation profonde. Pas de lésion viscérale abdominale et pas d'hydronéphrose.*

Bien confraternellement à vous.  
DR K. BENYACHOU  
CASA RADIOLOGIE  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdeimoumen - Casablanca  
Tel.: 05 22 27 44 27/27 77 44/05 67 44 77