

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059334

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7019 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraité

Nom & Prénom : EL TEKKI, Mounir

Date de naissance : 19-01-62

Adresse : BORDJ SIDI HAZEN N°9

HA-1 Shems EL 3 430 Dhs

Tél. : Total des frais engagés : 3 430 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 08 / 2020

Nom et prénom du malade : EL TEKKI, Mounir Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie de l'appareil digestif

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 : Oaza Le 23 / 08 / 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
23/09/2020	CS		9	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/2020	939,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24.05.2020	TOROT Cerebule	2500,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

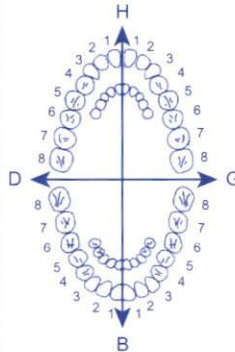
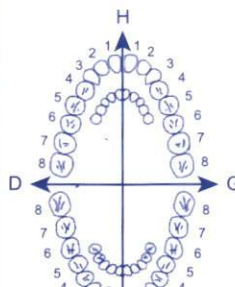
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 				MONTANTS DES SOINS														
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				DATE DU DEVIS														





Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 23/09/2020

## ORDONNANCE

Docteur : .....

7- EL MEKIKI NABHA

310,00 x 3



① VALDOXAN

2 cp 4PSR / 3min

930,00

Date: 8/10/2020







IBN ROCHD ابن رشد  
الدار البيضاء Casablanca

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



## BILLET D'EXAMEN

Date : 23/8/20

Prénoms - Nom du malade : M. MARIJA EL JAKKI

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<ul style="list-style-type: none"><li>- 58 ans.</li><li>- ATCD = goitre à répétition (à l'âge)</li><li>- un bilis à billet récente + ir adentifs.</li></ul>	<p>Foie à RM l'écopologie avec chute de la pps com pos Jen</p>

Le médecin traitant :

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax : 05 22 29 94 83



## F A C T U R E

N° de l'admission : 20004484

N° Facture 20004564

Date facturation : 29/09/2020

Nom et prénom du patient : **NAIMA EL MEKKI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 24/09/2020 Sortie: 29/09/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
IRM CEREBRALE	1.00	2 500.00	2 500.00
		sous-total	<b>2 500.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Deux mille cinq cents dirhams**

**total : 2 500.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

**LA WILAYA**  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
2, Rue d'Agadir Angle Bd. Hassan II  
Tél: 0522 49 73 73 - Casablanca



## F A C T U R E

N° de l'admission : 20004484 N° Facture 20004564 Date facturation : 29/09/2020

Nom et prénom du patient : **NAIMA EL MEKKI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **Examen radiologie**

Entrée: 24/09/2020 Sortie: 29/09/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
IRM CEREbraLE	1.00	2 500.00	2 500.00
		sous-total	<b>2 500.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille cinq cents dirhams

**total : 2 500.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Autre compte bancaire :

LA WILAYA  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
2, Rue d'Agadir Angle Hassan II  
Tél: 0522 497 373 - Casablanca



**Dr. A.BELHOUCINE**

CASABLANCA, le 24 Septembre 2020

**NOM DU PATIENT : EL MEKKI NAIMA**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : CHU IBN ROCHD CASABLANCA**

**EXAMEN REALISE : *IRM CEREbraLE ET HIPPOCAMPIQUE***

**TECHNIQUE :**

- T2 ET FLAIR AXIAL.
- T2 ECHOS DE GRADIENT AXIALE.
- T1 SAGITTALE.
- Diffusion AXIALE.
- FISTA AXIALE.
- T2 coronale perpendiculaire aux lobes temporaux

**RESULTAT :**

- Le parenchyme cérébral à l'étage sus ou sous tentoriel ne présente pas d'anomalie .
- Respect des cavités ventriculaires.
- Absence d'anomalie des sillons périphériques.
- Absence de foyers ischémique ou hémorragique.
- L'étude des hippocampes sur les coupes coronales montre une minime atrophie grade 1 de Scheltens.
- la fosse postérieure est respectée.
- L'étude de l'angle ponto-cérébelleux montre un CAI respecté à droite comme à gauche.
- Absence d'anomalie du paquet acoustico-facial.

**CONCLUSION:**

- ✓ Note d'atrophie hippocampique bilatérale, grade 1 de Scheltens.
- ✓ Absence d'autre anomalie notable.

**En vous remerciant de votre confiance**

**DR BELHOUCINE**

