

# 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

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)

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- 0021021

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 52 Bd Abdelkadi Boutaleb Résidence Saf

Tél : 0642778402 Total des frais engagés : 1007,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2020

Nom et prénom du malade : MIKOU ABDELILAH Age :

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

Nature de la maladie : Coronaropathie - Arterio

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 : 10/02/2020

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
16/12/19		Bon	230.00	
24/01/20		Q R 16	300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/2020	307,950

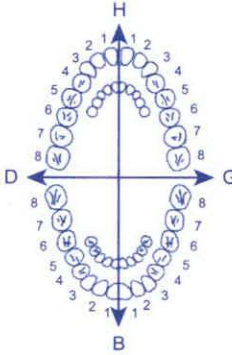
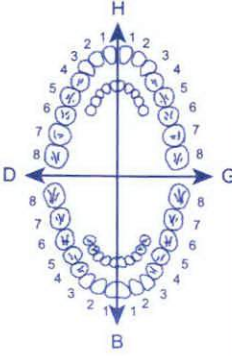
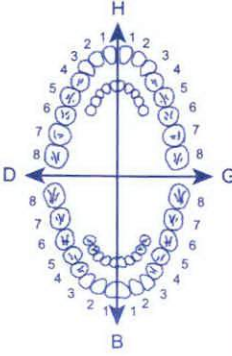
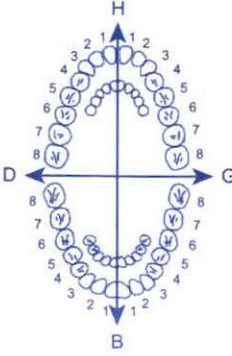
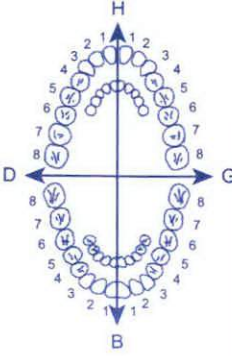
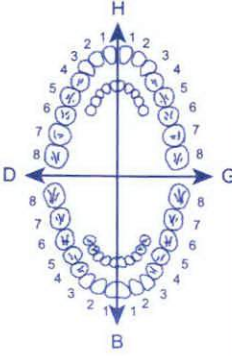
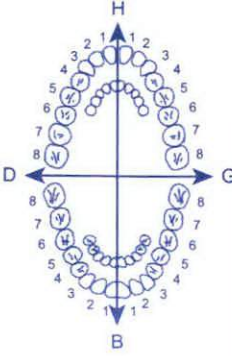
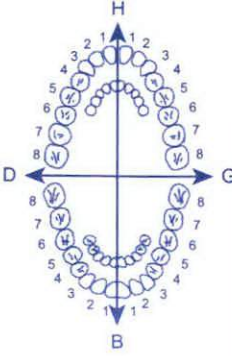
[illegible][illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

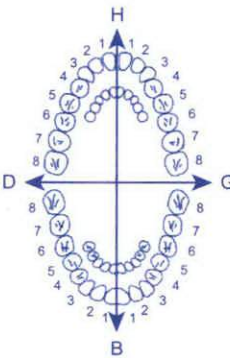
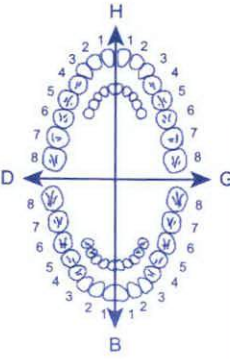
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 l'O**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômée de la faculté de Lyon

Ex-attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le

24/01/20

M<sup>e</sup> Nikou Abdelilah

LOT: M0182  
PER: 02/2021  
PPU: 267.00DH

267,00

1/ Zulox 400

1cp/j

2/ anapred 20

40,20

3cp par 3 jours

3/ Doli Rhume

1cp x 2

307,20

LOT: M0146  
PER: 10/2020  
PPU: 40.90 DH

Pharmacie C.I.L  
BENBRAHIM Touria  
100, Boulevard Ibn Sina  
Tél: 05 22 36 18 68 - Casa

Dr **ZOHEIR Fatima**  
CARDIOLOGUE  
230, Bd Brahim Roudani  
Maârif - Casablanca





Diplômée de la faculté de Lyon

Ex-attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

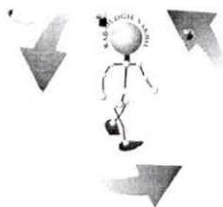
Casablanca le 16 - 12 - 19

M<sup>e</sup> Amikou Abdelilah.

Écho abdominale  
Bilan d'une anévrisme  
de l'aorte.

CENTRE DE RADIOLOGIE - MAKHIL, SC  
3, Place Tahar - Avenue Ibn el Jadir - Agdal - RABAT  
Tél: 05 37 77 10 10 (L.G.) - Fax: 05 37 77 10 77  
Tél: 05 37 77 10 10 (L.G.) - Fax: 05 37 77 10 77  
INPE 100000470  
CNSS: 7177400 - ICE 001713885000039

Dr **ZOHEIR Fatima**  
CARDIOLOGUE  
230, Bd Brahim Roudani  
Maârif - Casablanca



مركز الفحص بالأشعة النخيل  
CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL

Institut d'Imagerie Médicale et de Radiologie Interventionnelle

Docteur Youssef EL FAKIR

Docteur Omar LAOUSSI

- IRM 1.5 T
- Scanner 16 barrettes
- Echographie Doppler Couleur
- Osteodensitométrie
- Radiologie Numérisée
- Mammographie
- Arteriographie
- Radiologie Interventionnelle

## FACTURE

N° : 2000877

Rabat, le 20/01/2020

Nom patient : **MIKOU ABDELILAH**

Examen(s) réalisé(s) :

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

**400,00 DHS**

Montant : **400,00 DHS**

Convention/R :

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

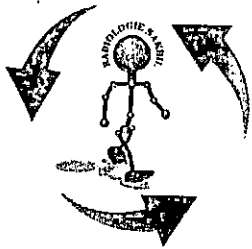
**QUATRE CENTS DHS**

REGLEMENT : ESPECES



PATENTE : 25740323 I.S : 03334707 C.N.S.S : 7177480 ICE : 001713888000038  
N° Compte bancaire BMCE 011 810 0000 01 210 0062554 23

6, Place Talha Av. Sina (à coté Clinique Agdal) Agdal  
Tél : 05 37 77 10 10 (LG) Fax : 05 37 77 10 77



# مركز الفحص بالأشعة النخيل

## CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL

### Institut d'Imagerie Médicale et de Radiologie Interventionnelle

Scanner 128 et 16 barrettes - IRM 1.5 T TIM - Radiologie Dentaire  
Sénologie-Imagerie de la femme - Radiologie Interventionnelle - Unité d' Echographie Doppler  
Ostéodensitométrie - Radiologie Numérisée - Radiologie Conventionnelle

الدكتور سعيد أقجوج  
Docteur Said AKJOUJ

الدكتور يوسف الفقيه  
Docteur Youssef EL FAKIR

الدكتور عمر طاوسي  
Docteur Omar TAOUSSI

Rabat le 20/01/2020

Nom du patient (e) : Mr MIKOU ABDELILAH  
Nom du médecin : Dr ZOHEIR FATIMA

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

#### TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau de l'abdomen à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

#### RESULTATS :

- Foie de volume normal, globalement discrètement hypoéchogène et discrètement hétérogène, sans nodule circonscrit suspect de type évolutif.
- Vésicule biliaire non lithiasique, non distendue et à paroi discrètement épaissie.
- Absence de dilatation des VBIH et de la VBP.
- Le tronc porte et les veines sus-hépatiques sont perméables, de calibre normal.
- Rein gauche de volume normal, de contours réguliers, siège d'un kyste polaire supérieur liquidien pure, type I de la classification de Bosniak, mesurant 35 mm de diamètre,
- Rate de volume normal (mesure 100 x 40 mm de diamètres), d'échostructure homogène.
- Rein droit de volume normal, il est le siège d'un kyste médio-rénal antérieur atypique comportant des cloisons de greffon et des formations charnues internes, Ce kyste mesure 53 x 46 mm de diamètres, il peut être classé type III selon la classification de Bosniak.
- Absence d'épanchement liquidien intrapéritonéale ou d'adénopathies profondes.
- Vessie sans anomalie pariétale ou endoluminal.
- La prostate mesure 48 x 42 x 38 mm ; ce qui correspond un poids d'environ 40 grammes.
- L'étude de l'élasticité du foieau fibro-scanner réalisée sur 6 secteurs différents au niveau hépatique montre que les mesures effectuées, varient entre 8,34 et 16,77 Kilo Pascal, soit une moyenne de 11,5 Kilo pascal, ce qui est en faveur d'une fibrose significative.

CENTRE DE RADIOLOGIE NAKHIL  
DR. Omar TAOUSSI  
6, Place Talha, Avenue Ibn Sina - Rabat  
Tél : 05 37 77 10 10  
www.radiologienakhil.com

Urgences Radiologiques 24 h/24