

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 du 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 ou être remplie par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 mois.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-604788

66594

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 373 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKICI CHIAOMI

Date de naissance : 25/06/47

Adresse :

Tél. : 0661344798 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/07/2019

Nom et prénom du malade : MEKICI MEKICI Age : 70

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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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
06/07/20	LC	1	300,00	INP: 401227201

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZIADY D. DOUKKALI PHARMACIENNE 2 Bis, Secteur B, Ouest, CYM Rabat Tel: 05 37 69 30 15 02099728	18/03/21	4.18,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POLYCLINIQUE INTERNATIONALE RADIOLOGIE SERVICE RADIOLOGIE Tel: 3212 537 54 28 E-mail: contact@pina.ma INPE: 100062984	18/03/21	20M ABD pelvienne	4.000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			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"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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'EXE



Rabat, le :

Mr. ELHADIM MEKKE

Paris can 0,5



صيدلية الزيادي
PHARMACIE ZIADY
O. DOUKKALI PHARMACIENNE
2 Bis, Secteur B. Ouest, CYM
Rabat - Tél.: 05 37 69 30 15

102099728

Pr. EL HASSANI Moulay Rachid
Radiologie
INPE : 101110732
Polyclinique Internationale Riad Annakhil



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

15 mL

Clariscan™
0.5 mmol/mL

Σ 6 Σ 1 9 2 5 1

Lot n° :

CLARISCAN™ 0.5 mmol/mL
SOLUTION INJECTABLE 1x15mL



Boîte de 1 flacon de 15 mL.
A usage unique.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Lire la notice avant utilisation.
Reporter le nom du produit, le numéro du lot et la dose administrée dans le dossier du patient.



Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Distribué par
CYCLOPHARMA lot 84,
Z.I. Ouled Saleh
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/



GE Healthcare

Clariscan™
acide gadotérique
0.5 mmol/mL

**Solution injectable
1 x 15 mL**

**Produit de contraste
pour l'IRM
Administration
par voie intraveineuse**

Titulaire/Exploitant
GE Healthcare AS
Nycoveien 1
0485 Oslo, Norvège

Clariscan™ 0.5 mmol/mL
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg d'acide gadotérique, équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg d'acide gadotérique (sous forme de sel de méglumine), équivalent à 7,5 mmol.

Excipients : Méglumine, tetraxetan (DOTA), eau P.P.I.

EXP : 08-2022

Lot n° : 15261393

1196799 MAR



CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

Docteur H. SAHER

Rabat le : 06/03/24

Citadin Nécia

IRN de la région albanaise
période = colite chronique +
Atteinte de l'œsophage et l'intestin
par Pulmonaire
SC = mode de vie

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

CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
Docteur H. SAHER
Rue Abd. El Ghafiki Résidence Yazamane 2 - Agdal
Tél : 05 37 77 89 09 - Fax : 05 37 77 89 11

Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt. 3 - Rabat (à Côté de la Gare Agdal)

Tél. : 05 37 77 89 09 - Tél/Fax : 05 37 77 89 11 - E-mail : hsaher@hotmail.com

Patente N° : 25771074 - CNSS N° : 7176250



**Polyclinique
Internationale**
Riad Annakhil



INPE : 100062884

FACTURE N° 202104223

RABAT Le : 18-03-2021

page 1 / 1

Identification

N° Dossier : 21C18143336

N°IPP : 003995/18

Nom & Prénom : M. CHIADMI MEKKI

C.I.N. : B7002

Date Naissance : 25-06-1947

Adresse : HAY ANDALOUS RUE 2 ALMERIA NR 134

Organisme : Payant

ICE :

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 18-03-2021

Date Sortie : 18-03-2021

Médecin traitant

DR. SAHER H

Traitement

Radiologie

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
-------------	-------------	-----	---------	------	------	-------

RADIOLOGIE

IRM ABDOMINO-PELVIENNE

1

4 000,00

4 000,00

Sous Total

4 000,00

TOTAL PARTIE CLINIQUE

4 000,00

TOTAL GENERAL

4 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **QUATRE MILLE DIRHAMS**

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

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Date : 18/03/2021
Nom du patient (e) : M. CHIADMI MEKKI
Nom du médecin : Dr SAHER H

IRM ABDOMINO-PELVienne

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par une IRM 1.5 tesla en séquences de diffusion, T1, T2, phase in, phase out, 3DMRCP, avec injection dynamique intraveineuse de produit de contraste.

RESULTATS :

- **Dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale mesurée à 12mm, ainsi que du Wirsung mesurée 7mm, en amont d'un nodule de la tête du pancréas, mal limité, en hyposignal T1, de signal intermédiaire T2, avec une restriction en diffusion, mesurée à 21x17mm.**
- **Il s'y associe une atrophie parenchymateuse en amont.**
- **Il arrive au contact de la veine mésentérique supérieur sur moins de 180°.**
- **Par ailleurs on note le respect de l'artère mésentérique supérieure, du tronc cœliaque et de la lame retro portale.**
- Foie de taille normale de contours réguliers sans lésion focale, ni prise de contraste suspecte.
- Vésicule biliaire distendue, à paroi fine siège d'une lithiase mesurée à 11mm.
- Rate, surrénales de taille et de signal normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers et densité homogène. A noter la présence d'une kyste parapyélique droit, mesuré 32x29mm, d'allure simple.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Absence d'épaississement digestif individualisable, dans la limite de l'examen réalisé sans balisage digestif.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- **Hypertrophie prostatique mesurée à 43x45x50 mm, soit un**



volume de 48cc. (l'étude approfondie du parenchyme prostatique nécessite un complément par un protocole d'IRM multiparamétrique).

- Vessie de lutte en semi réplétion.

CONCLUSION : Au terme de cette exploration on note :

- **Dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale en amont d'un nodule suspect de la tête du pancréas, d'allure résécable. A confronter aux données histologiques.**
- **Lithiase vésiculaire non compliquée.**
- **Kyste parapyélique droit non obstructif.**

Pr EL HASSANI MB N

Pr. EL HASSANI Moulay Rachid
Radiologie
INPE : 101110732
Polyclinique Internationale Riad Annakhil

