

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.

Biologie 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



0661.15.32.86

72724

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009336

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3033 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAHIL Mouhssine Date de naissance : 03/03/72
Adresse : mrahli@royalairmaroc.com
Tél. : 0661153286 Total des frais engagés : 2329 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

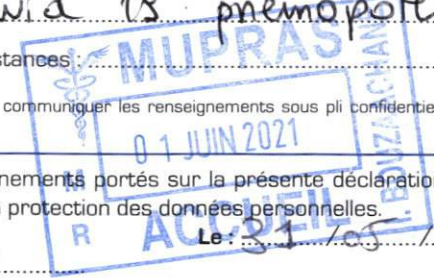


Date de consultation : 24/05/2021
Nom et prénom du malade : RAHIL Mouhssine Age : 49
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : covid 18 pneumopathie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 31/05/21
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
24/05/24	CS		6	

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
CLINIQUE ANBORJA Service Radiologie Tél. 05 22 41 63 63 Fax 05 22 40 11 12	24.05.24	2150	1500,00
	24/05/24	30	829,00
		HW 600	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

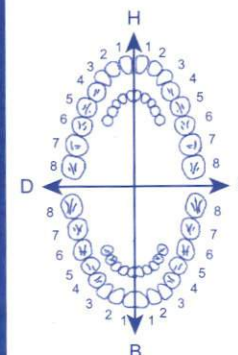
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

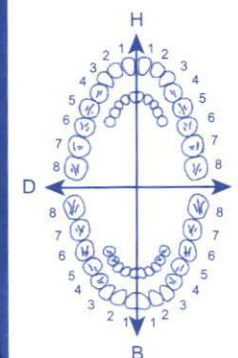
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUT

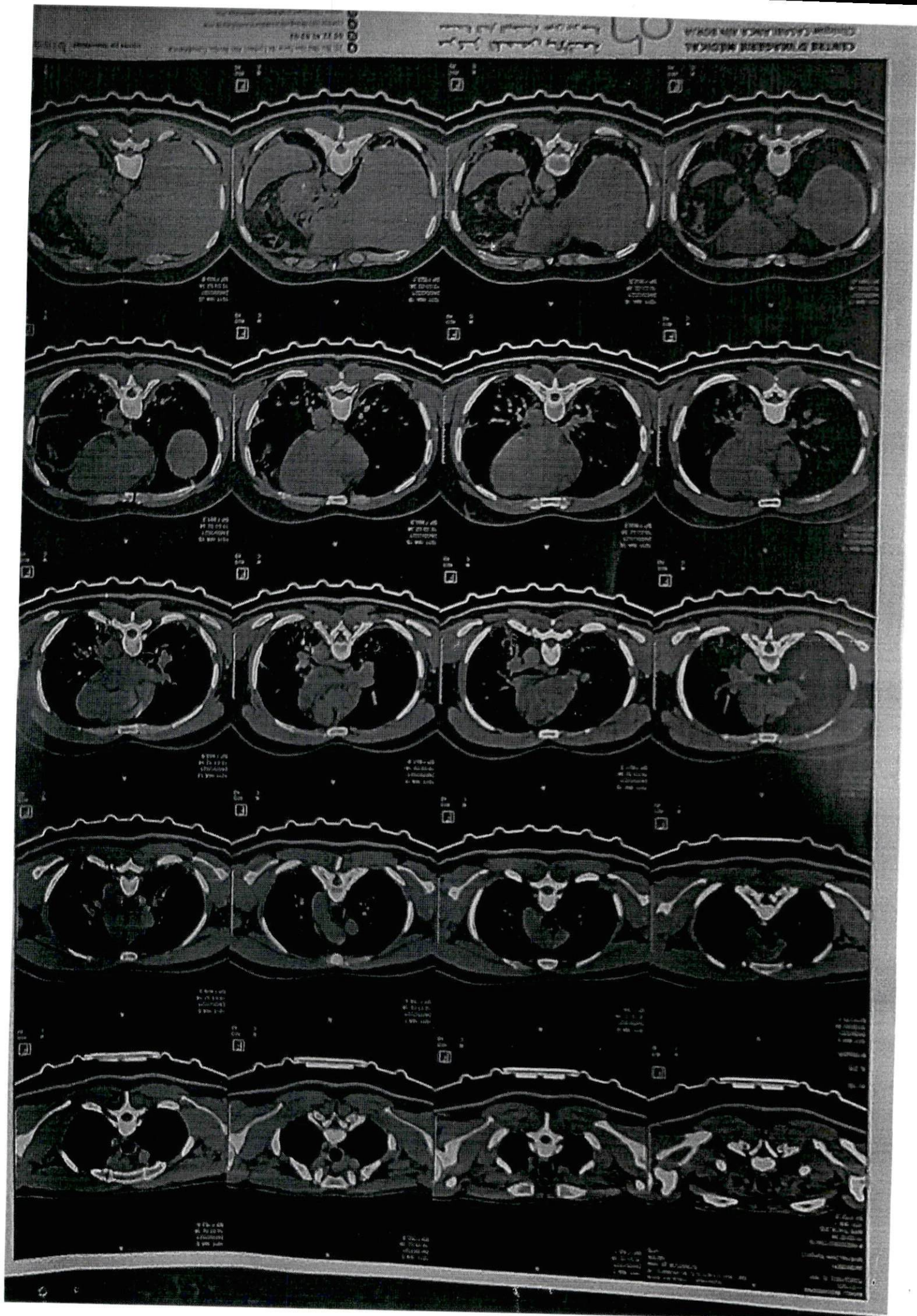
24.05.2021

MR. RAHLI TOUNESSINE

→ SCANNER Thorax

CLINIQUE AÏN BORJA
Service Radiologie
Tél. : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12

Dr. OUBOUKHAK ACIL
Anesthésie-Réanimation





CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 24-05-2021

Facture N° 05909/21

A. Identification

N° Dossier : CAB21E24095214

N° Identifiant : 031660/21

Nom & Prénom : Mme RAHLI MOUHSSINE

C.I.N :

Adresse : CASABLANCA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 24-05-2021

Date Sortie : 24-05-2021

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
PARTIE CLINIQUE :						1 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 1 500,00

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél. : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12

- IRM Haut Champ • Scanner Multibarrette • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle • Dentascanner
- Radiologie Générale • Echographie • Echo Doppler • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner et IRM cardiaque sur RDV

Casablanca, le

24/05/2021

PATIENT : **RAHLI MOUHSSINE**

PRESCRIPTEUR: **ANESTHESISTE REANIMATEUR**

SCANNER THORACIQUE

INDICATION :

Patiente âgée de 49 ans, suspicion de pneumopathie.

TECHNIQUE :

Acquisition spiralee millimétrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Mise en évidence de multiples plages en verre dépoli, périphériques et sous-pleurales, disséminées à l'ensemble du parenchyme pulmonaire.

Certaines de ces plages sont parcourues de plages de condensation linéaires modérément rétractiles.

Absence de réaction pleurale en regard.

Absence de nodule pulmonaire.

Absence de sécrétions endo-bronchiques décelables.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

Absence d'adénopathies médiastinales de taille significative.

CONCLUSION :

Pneumopathie alvéolo-interstitielle bilatérale dont l'aspect lésionnel et la topographie lésionnelle peuvent être compatibles avec une infection Covid-19 vu le contexte épidémique actuel, d'étendue importante (30%).

À confronter au reste des investigations.

Merci de votre confiance

DR BENMOUSSA

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://pacswbcccab.ddns.net>

identifiant : HIS202062728479 Mot de passe : HIS31660

Adresse : 25, Boulevard Ifni (en face de Lydec) Ain Borja - Casablanca

Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 40 11 12 - E-mail : contact@cliniquecasablancaainborja.ma

Site web : www.cliniquecasablancaainborja.ma

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél. : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12



Casablanca, le

24/05/21

B21E24104754

le RAHLI MOUHSSINE

le : 03/03/1972



321E24104754

Mr Rahli Mouhssine

CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX « CBH »
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 77
Fax: 05 22 20 35 15

ILG

Dr. OUBOUKHLIK Adil
Anesthésie - Réanimation

LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca
Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74 Fax : 05.22.20.35.15
Patente : 36332437 I.F. : 40288423 CNSS : 8036726
N° ICE : 0017 10887 0000 70 Code INPE: 093062362



FACTURE No : 161917

Casablanca, le : 31/05/2021

Analyses effectuées le .. : 24/05/21 à 12h43
Sur prescription du : Dr OUBOUKHLIK Adil

Identité Patient : Mr. RAHLI MOUHSSINE
Code Patient : 333452

BILAN :

1 IL6 INTERLEUKINE 6

HN 600

TOTAL B : 0
TOTAL HN : 600
0

MONTANT : 829,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 829,00 DH

Dr. M. BENKIRAN
Biosciences Biologiste
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0522 27 66 74

مركز المستشفيات للتحليلات الطبية

Centre de Biologie des Hôpitaux

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Ouverture : Tous les Jours de 7 h à 19 h - Samedi de 7 h à 15 h



Dr Malika BENKIRAN
Pharmacien Biologiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 24/05/21 à 12h43

Edité le : 31/05/21 à 11h51

Mr. RAHLI MOUHSSINE

Patient 333452 Né(e) le 03/03/1972

Dr. OUBOUKHLIK Adil

Prélèvement transmis au Laboratoire

Page : 1 / 1

BIOCHIMIE

NORMES

ANTECEDENTS

INTERLEUKINE 6 (IL-6)

(Technique Chimiluminescence sur COBAS 6000 - ROCHE)

IL-6 19,08 pg/mL (N : < 7)

Dr BIOLOGISTE

CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX « CBH »
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
④ Fax: 05 22 20 35 15

CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX « CBH »
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
④ Fax: 05 22 20 35 15

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7



stationnement
assuré

3, rue du Colonel GROS (Caïd Najem) , Quartier des Hôpitaux - 20 360 CASABLANCA
(à 100 mètres de la maternité du CHU IBN ROCHD) Tél.: 05 22 20 35 35 - 05 22 49 06 65 - Fax : 05 22 20 35 15

cbh.najem@yahoo.fr