

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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](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)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051434

ND: 79086

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08112 Société : R, A, H

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : AZOTAI Moutayir

Date de naissance : 1954

Adresse : 42 f n/r

Tél. : 0592 45 6924 Total des frais engagés : 8559,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/07/2021

Nom et prénom du malade : SAADATI ROUIA Age :

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

Nature de la maladie : Tumeur neurogène

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
01/07/2021		1		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/07/22	9470
	12/07/22	33800

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.07.21	COMA	10000
	03.07.21	RA	15000

# 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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Clinique**  
**Abdelmoumen**  
Multidisciplinaire

مصحّة عبد المومن  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

5/7/2024

PHARMACE GHOFRA  
Dr. HRIQUA LAILA  
Rue 2 N. - Loc (C)  
Quartier Al Oudjs Sidi Bernoussi  
Casablanca

Shadow RQUA  
2.30  
Cartalox  
2p x 2/

Flagyl 150  
1p x 2/

Encas  
1p x 3/

32.00

an mlt 107  
94.00

Katras  
Isabel / elch 4 al  
le nill de l'interne



Lot: 0912A  
EXP: 09.2025  
02.00 DHS

PPV:

3200

LOT: 20E039  
PER: 10 2025

FLAGYL 500 mg  
CP PEL 820

P.P.V.: 490H80



6 118000 060062

1230

210001







**Clinique**  
**Abdelmoumen**  
Multidisciplinaire

مصلحة عبد المومن  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 17.7.21

SA Adouni RACHA

22250

Anguilla S.V. 3  
Isid 31

28250

Local S.V. 31

us, 31

Flap S.V. 31

us, 31

Isid 31

MAJIE GHOFRANE  
Dr. HIRIOUA LAILA  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

Monsieur Mohammed HERIOUAN  
CHIRURGIEN  
Bd. Abi Houraira - Bloc 1 - No 1  
Tél: 022 50 04 45 - CASABLANCA

شارع عبد المومن، 27، زنقة الإمام البصري - س قفيل - العار البيضاء  
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06  
E-mail : [cliniqueabdelmoumen@gmail.com](mailto:cliniqueabdelmoumen@gmail.com)

338150

25,00

RE

PPV: 222,00 DH  
LOT: 636043  
PER: 06/22

**IXOR** 20 mg 7 comprimés effervescents  
PPV 410H30  
EXP 02/2023  
LOT 00029 2

PER: 10/2025

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.T. 49DH80

6 118000 060062



**Clinique**  
**Abdelmoumen**  
Multidisciplinaire

مصلحة عبد المومن  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

1/7/2021

Saadoui RQ USA

Tumeur de la charmerie  
recto sigmoïde

→ Rection recto sigmoïdienne  
avec relâchement de l'antérieur

J609

VT300

+ 2 jours de  
rééducation

# Docteur Youssef EL ATTAR

Spécialiste en Gastro-entérologie & Hépatologie  
( Estomac, Intestins, Foie, Hémorroïdes )

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Attaché des Services de  
Gastro-entérologie des Hôpitaux de Paris  
Ex. Gastroentérologue de l'Hôpital  
Militaire Moulay Ismaïl - Meknès

- ♦ ECHOGRAPHIE
- ♦ FIBROSCOPIE
- ♦ PROCTOLOGIE

الكتور يوسف العطار  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
( المعدة، الأمعاء، الكبد و البواسير )  
خريج كلية الطب بباريس  
سابقا داخلي وملحق  
بمستشفيات الجهاز الهضمي بباريس  
طبيب سابقا بقسم الجهاز الهضمي  
بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل مكناس  
الفحص بالأشعة فوق الصوتية  
الكشف الداخلي للجهاز الهضمي  
جراحة المخرج

Casablanca, Le : 21/07/21 : الدار البيضاء، في :

OS M<sup>me</sup> STADOUNI REQUIA

\* Scanner abdomino-pelvien

\* RX pulmonaire

Bilan d'extension d'un  
adénocarcinome du sigmoid

Dr Youssef EL ATTAR  
Gastro-entérologue  
109, Bd DRISS EL HARTI  
CASA - Tél: 05 22 37 37 83

©: C. 05 22 37 37 83 - Email : y-elattar@hotmail.com

109, شارع إدريس الحارثي - ابن امسيك سيدي عثمان - الطابق الثاني - الدار البيضاء  
109, Bd. Idriss El Harti-Ben M'sik Sidi Othmane-2ème étage - CASABLANCA





## Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 03/07/2021

Patient (e) : SAADOUNI RQUIA

Médecin prescripteur :

### DUPLICATA

### TDM ABDOMINALE

#### TECHNIQUE

Examen réalisé en coupes axiales jointives avant et après injection de produit de contraste et balisage rétro sigmoïdien à l'examen.

#### RESULTAT

Présence d'une formation tissulaire, à contours réguliers de 27mm de diamètre au niveau de la jonction recto sigmoïdienne.

Absence d'anomalies des anses digestives par ailleurs.

Absence de processus focalisé hépatique décelable.

Absence d'anomalies des voies biliaires.

Absence d'anomalies pancréatiques ou spléniques.

Kystes simples de 24mm du rein gauche, absence d'anomalies rénales par ailleurs.

Ganglions inter aorto cave de 5,7mm, absence d'adénopathies profondes par ailleurs.

Vessie de plage homogène, contours réguliers.

Absence d'épanchement péritonéal.

#### CONCLUSION

Processus bourgeonnant de 27mm au niveau de la jonction recto sigmoïdienne : polype ?

Absence d'anomalies significatives par ailleurs.

DR CHERKAOUI AICHA

Dr. CHERKAOUI AÏCHA  
MEDECIN RADIOLOGUE  
I.F: 18798652

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1225028	N° SEJOUR : 210050865	<b>FACTURE N° 2105030552</b>		DATE D'ENTREE : 03/07/2021		DATE DE SORTIE : 03/07/2021					
ASSURE :				DESTINATAIRE : SAADOUNI,Rquia							
MALADE : SAADOUNI,Rquia		UF: 5002 URGENCES									
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
TDM		TDM	2.00	1000.00	2000.00					0.00	2000.00

Intervenant : 12092016 DR CHERKAOUI OMARI AICHA RADIOLOGUE	TOTAUX :	2000.00							2000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
		RESTE DU:	2000.00						
DATE FACTURE : 03/07/2021		EDITEE LE : 03/07/2021		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL			
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :			
				Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
				BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1225028		N° SEJOUR : 210050867		FACTURE N° 2105030553		DATE D'ENTREE : 03/07/2021		DATE DE SORTIE : 03/07/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : SAADOUNI,Rquia				UF: 5002 URGENCES		SAADOUNI,Rquia					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .		TOTAUX :		160.00						160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU :	160.00					
DATE FACTURE : 03/07/2021		EDITEE LE : 03/07/2021		PAR: IMANE		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef		
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA		
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31		