

## 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.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-647784

83230

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3416 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IGHIOUER HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661976122 Total des frais engagés : 1715 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IGHIOUER HICHAM Age : 48

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

Nature de la maladie : gen respiratoire

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CA-SABLANCA Le : 08/09/2021

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
06/03/2021	VL		6	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/08/21	TDM + radiographie	1500,00

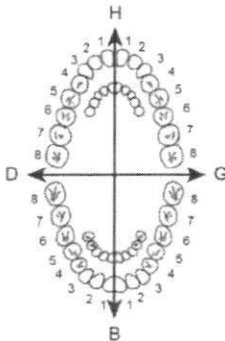
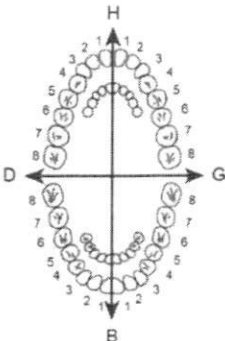
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

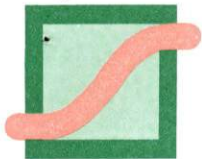
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 06-08-2021

Mr. IGHIOUER HICHAM

TDM THORACIQUE

**A. BOUAGGAD**  
Anesthésiste Pédiatre  
Clinique Dar Salam  
Casablanca  
Tél.: 05 22 85 14 14  
**RADIOLOGIE**  
Dar Salam P.C  
28, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**SERVICE URGENCES**  
CLINIQUE DAR SALAM

**URGENCES 24 / 24** مستعجلات



مركز الفحص بالأشعة دار السلام  
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Casa 6.8.2022

NR HICHAN  
IGHOUER



ORRANNO

215DH mripague 350/  
50

~~PHARMACIE AL MOUNA~~  
~~Hadj Omar Benou Arkhattati~~  
~~Rue 1 N° 57 Bis~~  
~~Tél.: 05 22 82 67 08 - Casa~~

~~RADIOLOGIE~~  
~~Dar Salam S.C~~  
~~728. Bd. Modibo Keita~~  
~~Casablanca~~

728 Bd. Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء شارع موديو كيتا

© : 05 22 82 16 12 / 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail : rxdarsalam@hotmail.com



مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

# FACTURE

Casablanca, le 06/08/2021

Facture N° 9170/2021

NOM PATIENT : IGHIOUER HICHAM

DATE FACTURE : 06/08/2021

EXAMENS	MONTANT
TDM THORACIQUE: -----	mille cinq cents (1500 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE CINQ CENTS

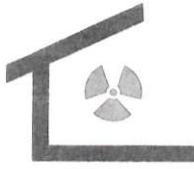
**RADIOLOGIE**  
Dar Salam S.C  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079



Casablanca, le 06-08-2021

**Mr IGHIOUER HICHAM**

**MEDECIN TRAITANT: Dr KHATTOU**

**SCANNER THORACIQUE**

**INDICATION :** patient suivi pour pneumopathie virale. Élévation des d dimères.

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique après injection en bolus du PDC iodé.

**RESULTATS :**

- Absence de cardiomégalie.
- Absence d'anomalie du septum ventriculaire.
- Absence de dilatations du tronc des artères pulmonaires.
- Absence de signes évidents de thrombus vasculaire au niveau du tronc des artères pulmonaires ou de leurs branches de distribution proximale.
- Atteinte pulmonaire bilatérale et asymétrique.
- Cette atteinte est sous forme de foyer en verre dépoli et de foyer de condensation pulmonaire.
- Ils sont à distribution mixte périphérique sous pleurale et centrale.
- Absence de bronchectasie ou de bulle d'emphysème.
- Absence d'épanchement pleural.
- Absence d'épanchement péricardique.
- Petites adénopathies médiastinales antérieures gauches de la loge de Barety et de la fenêtre aorto pulmonaire.
- Reliquat thymique graisseux d'aspect normal.

**CONCLUSION:**

- Aspect TDM d'une pneumopathie virale type Covid-19 dont l'atteinte est estimée à 25% environ.
- Absence de signes TDM évidents d'embolie pulmonaire.
- Résultats à confronter aux restes des données.

Amicalement

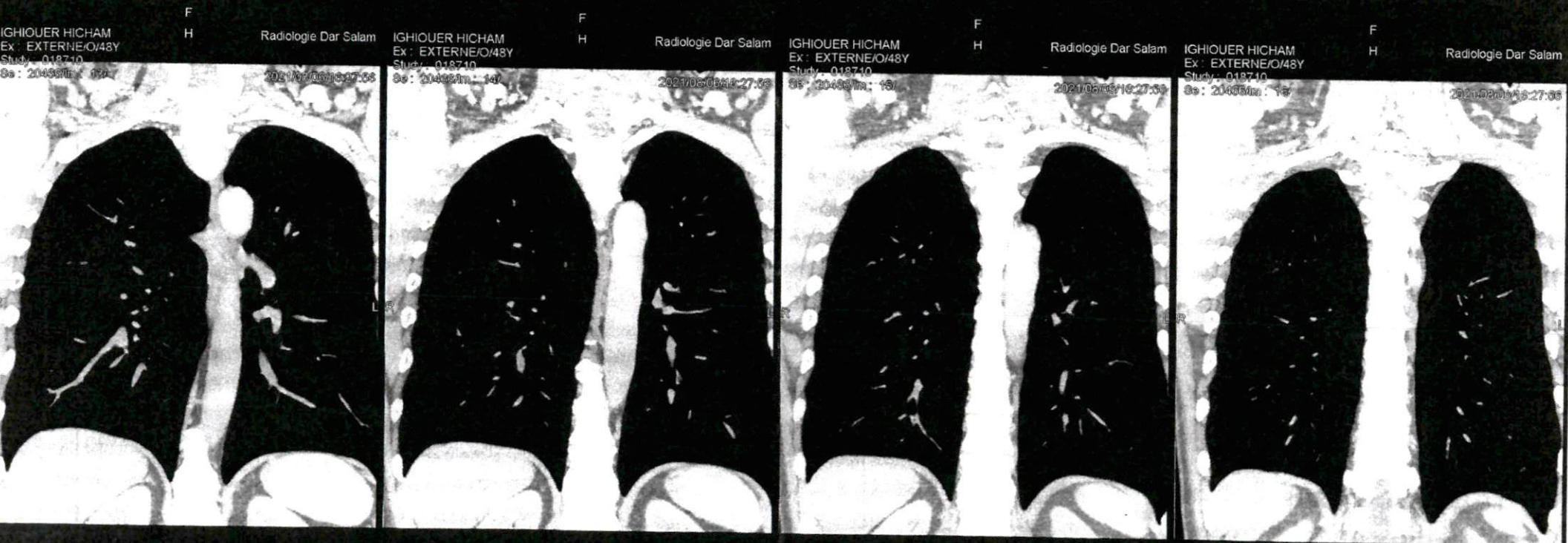
PR ESSODEGUI

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء - شارع موديبو كيتا

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079



مركز الفحص بالأشعة دار السلام  
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Dr. HASSEN. S.  
Dr. REGRAGUI. Z.

Urgences  
24/7

Tél.: 05 22 85 14 14 (P500)  
www.cliniquedarsalam.ma  
728, Bd. Modibo Keita - Casablanca

Imprimé par VisionPRINT binario

IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 1/

H

Radiologie Dar Salam

2021/08/06/16:27:56

IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 2/

H

Radiologie Dar Salam

2021/08/06/16:27:56

IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 3/

H

Radiologie Dar Salam

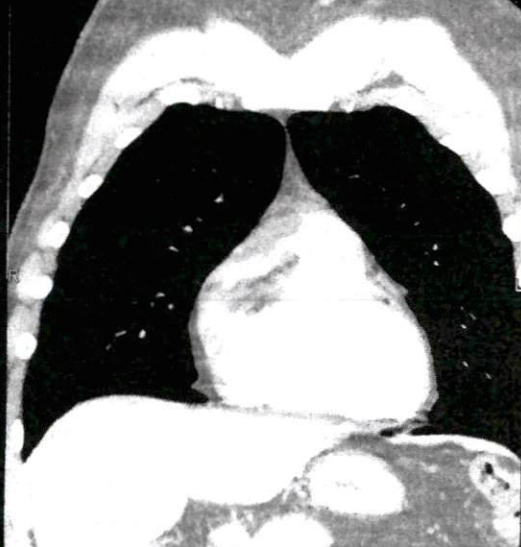
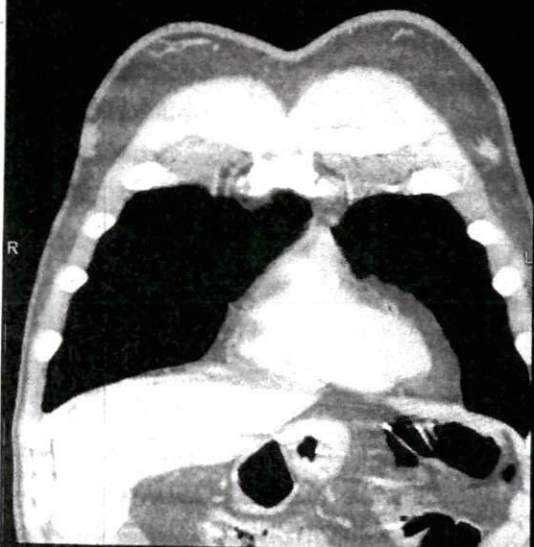
2021/08/06/16:27:56

IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 4/

H

Radiologie Dar Salam

2021/08/06/16:27:56



IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 5/

F

H

Radiologie Dar Salam

2021/08/06/16:27:56

IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 6/

F

H

Radiologie Dar Salam

2021/08/06/16:27:56

IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 7/

F

H

Radiologie Dar Salam

2021/08/06/16:27:56

IGHIOUER HICHAM  
Ex: EXTERNE/O/48Y  
Study: 018710  
Se: 20466/Im: 8/

F

H

Radiologie Dar Salam

2021/08/06/16:27:56

