

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.

Diagnostique 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0006577

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9399 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 86862
Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM
Date de naissance : 24/07/1971
Adresse : 27 Riyad partners Rte d'Azemmour CASABLANCA
Tél. : 0661109669 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : AFAKHRI HICHAM Age : 52 ans

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

Nature de la maladie : covid 19

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 : 16/09/2021

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
16/09/21				
22/09/21				

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

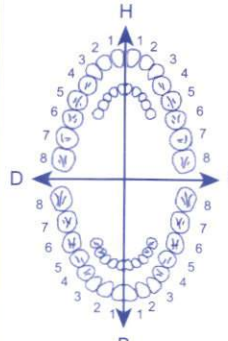
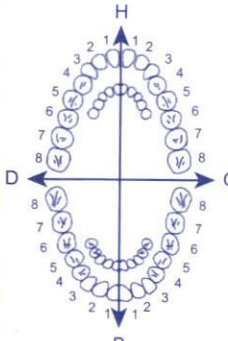
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Casablanca, le

21/09/2021

M. F. Khri Hicham

Scanner Thoracique

Dr Abdelilah MHADI

الدكتور عبد الإله امهدي

Orl - Maxillo-Faciale

Angle Bds Nador et Atlantide Quartier Polo

Casablanca - Tél: 0522 86 20 61

I.N.P.E: 091112953 IF: 42012065

Casablanca, le

16/09/2021

Mr. Afakhrî Hicham

Scanner Thoracique

Dr Abdelilah MHADI
الدكتور عبد الإله أمهدي

Orl - Maxillo-Faciale

Angle Bds Nador et Atlantide Quartier Polo

Casablanca - Tél: 0522 86 20 61

I.N.P.E: 091112953 IF: 42012065

Casablanca, le

20/09/2021

Mr. Afc Khr. Hicham

ETT

Dr Abdelilah MHADI
الدكتور عبد الإله أمهدي
Orl - Maxillo-Faciale
Angle Bds Nador et Atlantide Quartier Polo
Casablanca - Tél: 0522 86 20 61
I.N.P.E: 091112953 IF: 42012065

Casablanca, le

21/09/2021

Mr. Afakhr. Hichen

Hémoglobine glycosylée

Dr Abdellah MHADI
الدكتور عبد الإله أمهدي

Orl - Maxillo-Faciale

Angle des Nador et Atlantide Quartier Polo
Casablanca - Tél: 0522 86 20 61
I.N.P.E: 091112953 IF: 42012065

Casablanca, le

20/09/2021

Mr. Afe Khri Hicham

D-Dimères

Dr Abdelilah MHADI
الدكتور عبد الإله أمهدي
Orl - Maxillo-Faciale
Angle Bds Nador et Atlantide Quartier Polo
Casablanca - Tél: 0522 86 20 61
I.N.P.E: 091112953 IF: 42012065

Casablanca, le 29/09/2021

Mr. Afakhr, Hicham

ECG

Dr Abdelilah MHADI
الدكتور عبد الإله أمهدي
Orl - Maxillo-Faciale
Angle Bds Nador et Atlantide Quartier Polo
Casablanca - Tél: 0522 86 20 61
I.N.P.E: 091112953 IF: 42012065



LABORATOIRE MORIZGO

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Adresse: 46 Bis, Rue des Hôpitaux - Porte principale CHU IBN ROCHD Casablanca .

Tél. : 05 22 48 43 43 - 05 22 48 43 44 - Fax : 05 22 48 43 42

Email : laboratoiremORIZGO@gmail.com

Patente : 36339517 ICE: 002003308000018 INPE: 097164487

IF: 25012189

Dr. Noureddine RACHID

Directeur du laboratoire

Diplômé de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 21-09-2021

Facture N° : 210009561

Date d'analyse : 21/09/2021

Nom et Prénom : Mr Hicham AFAKHRI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
DEP	Déplacement	E50	E

Total des B : 117

Montant total de la facture : 183.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-trois dirhams .





LABORATOIRE MORIZGO

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Adresse: 46 Bis, Rue des Hôpitaux - Porte principale CHU IBN ROCHD Casablanca

Tél. : 05 22 48 43 43 - 05 22 48 43 44 - Fax : 05 22 48 43 42

Email : laboratoiremorizgo@gmail.com

Patente : 36339517

ICE: 002003308000018

INPE: 097164487

IF: 25012189

Dr. Nouredine RACHID

Directeur du laboratoire

Diplômé de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 27-09-2021

Facture N° : 210009538

Date d'analyse : 20/09/2021

Nom et Prénom : Mr Hicham AFAKHRI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
DEP	Déplacement	E50	E
	D-Dimères	B400	B

Total des B : 417

Montant total de la facture : 513.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent treize dirhams .



**CLINIQUE AVICENNE****NOTE D'HONORAIRE**

Date d'entrée: 16-09-2021

DR. AFANE Houda

PATIENT : M. AFAKHRI Hicham

HONORAIRES : 500,00 Dh
(CINQ CENTS DIRHAMS)

**CLINIQUE AVICENNE****NOTE D'HONORAIRE**

Date d'entrée: 16-09-2021

DR. ABDLAOUI Badre

PATIENT : M. AFAKHRI Hicham

HONORAIRES : 500,00 Dh
(CINQ CENTS DIRHAMS)

Casablanca , le 16/09/2021

Nom /Prénom : AFAKHRI HICHAM

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC avec reconstructions MPR.

RESULTAT :

Le contrôle fait ce jour note :

Les foyer décrit dans le cadre du COVID 19 occupe actuellement entre 25 et 30% de la surface pulmonaire prédominant et très dense aux lobes inférieurs.

Atteinte interstitielle sous jacente septale et non septale faite également de plages en verre dépoli.

Absence de foyer alvéolaire excavé

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

Ganglions pré vasculaire calcifié mesurant 15,3mm.

Hypertrophie de la glande surrénale gauche.

L'étude de la fenêtre osseuse ne retrouve pas de lésion osseuse suspecte.

EN CONCLUSION :

Contrôle TDM révélant une persistance des foyers dans le cadre du COVID 19 occupant actuellement entre 25 et 30% de la surface pulmonaire.

Atteinte interstitielle sous jacente.

Ganglion calcifié pré vasculaire.

En vous remerciant de votre confiance

Casablanca , le 21/09/2021

Nom /Prénom : AFAKHRI Hicham
Médecin prescripteur : MEDIOUNI KARIM

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC avec reconstructions MPR.

RESULTAT :

Le contrôle fait ce jour note :

Régression des foyers décrit dans le cadre du COVID 19 en verre dépoli étendue.
Présence sur leur site.

Epaississement septaux et non septaux avec atélectasie en bande fine.

Absence de foyer alvéolaire excavée.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

Adénopathie pré carinaire et pré vasculaire calcifiée mesurant 12,2mm.

Atélectasie en bande rétractile reposant sur la grande et la petite scissure qu'il déforme.

EN CONCLUSION :

Contrôle TDM notant la régression des foyers alvéolaires décrits dans le cadre du COVID 19 en étendue et en verre dépoli ; leur surface actuelle est estimée à 10%
Atteinte interstitielle sous jacente avec atélectasies en bande parfois rétractiles.
Ganglion calcifié pré vasculaire.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. JADID Ihsane
Radiologue

Mr AFZ/Chn Hicham

M. AFAKHRI Hicham
Né le : 24/07/1971
Admis le : 16/09/2021 13h37
Org : PAYANT MUPRAS



20/09/21

Capture Perdu ETT:

- VG non dilaté, non hypertrophié: 55x103, 42x23

SDV ≥ 1 PP2 = 6/7

- Absence de trouble de la conduction synchrone globale

- Fonction Systolique de VG comme FEVT à 70%

- ALVAs Bms مصحة الإختصاصات

- Absence de valvulopathie mitro-aortique significative.

- Absence de signe d'HTAP.

- VCI non dilaté captif.

- Pericarde sec

Dr. Badre ABDELALOU
Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires
778 - El Qods - Ain Chock - Casablanca
Tél : 66 72 78 49 45



LABORATOIRE MORIZGO

D'Analyses Médicales

Dr. Rachid Noureddine
BIOLOGISTE

Date du prélèvement : 21/09/2021 à 04:33

Code patient : 210920-0181

Né(e) le : 24/07/1971 (50 ans)



Mr Hicham AFAKHRI

Dossier N° : 210921-0013

Prescripteur : CLINIQUE AVICENNE

BIOCHIMIE SANGUINE

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC Tosoh Bioscience Gx)

5,47

(4,00-6,00)

Variant Hb

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

Validé par : Dr. Noureddine RACHID



Séjour : Du 16/09/2021 au 22/09/2021
Patient : M. AFAKHRI Hicham
N° Dossier : 21116133744
Organisme : PAYANT MUPRAS

DES SPÉCIALITÉS	Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ASPEGIC-100MG-ST		1,14 Dh	8	9,12 Dh
AZITHROMYCINE 500 MG		67,00 Dh	8	536,00 Dh
BACQUIRE 500 MG		85,60 Dh	16	1 369,60 Dh
CODOLIPRANE-CP		1,39 Dh	22	30,58 Dh
D CURE FORTE		16,53 Dh	1	16,53 Dh
FURILAN-20MG/2ML-INJ		2,44 Dh	10	24,40 Dh
LOVENOX 4000 UI /0.4 ML		69,00 Dh	22	1 518,00 Dh
OEDES-40MG/10ML-INJ		44,82 Dh	11	493,02 Dh
ORADExON 0.5 MG		0,72 Dh	21	15,12 Dh
ORADExON 20 COMP		0,72 Dh	59	42,48 Dh
OXYGENE COVID		95,00 Dh	154	14 630,00 Dh
PECTRYL 250ML		21,00 Dh	1	21,00 Dh
SERUM CHLORURE DE SODIUM-0.9% 100ML POCHE-INJ		10,30 Dh	3	30,90 Dh
SERUM CHLORURE DE SODIUM-0.9% 250ML POCHE-INJ		17,50 Dh	22	385,00 Dh
SERUM GLUCOSE 5% 250ML POCHE-INJ		17,50 Dh	3	52,50 Dh
SMECTA--ST		1,75 Dh	12	21,00 Dh
SOLUMEDROL 120 MG		57,60 Dh	16	921,60 Dh
TAVANIC 500 MG INJECTABLE		247,00 Dh	6	1 482,00 Dh
VITA C 1000 CP/10		0,95 Dh	8	7,60 Dh
ZINC 36 GELLULES		3,75 Dh	15	56,25 Dh
				21 562,70 Dh


AVICENNE **إبن سينا**
CLINIQUE **مصحة الإختصاصات**
 FACTORY 1
 Angle Bd. Nador & Bd. Atlas de Polo Casa
 Tél : 05 22 79 33 00 - Fax : 05 22 21 32 95
 E-mail : avicenne.clinic@gmail.com

FACTURATION 1 Casa
Angle Bd. Nador & Bd. Atlantide Polo
Tél : 05 22 79 33 00 - Fax : 05 22 21 32 95
E-mail : avicenne.clinic@gmail.com



LABORATOIRE MORIZGO

D'Analyses Médicales

Dr. Rachid Noureddine
BIOLOGISTE

Date du prélèvement : 20/09/2021 à 13:30

Code patient : 210920-0181

Né(e) le : 24/07/1971 (50 ans)



Mr Hicham AFAKHRI

Dossier N° : 210920-0181

Prescripteur : CLINIQUE AVICENNE

HEMOSTASE

D-Dimères (2ème génération)

(Technique Immuno-fluorescence ELFA ,
Biomérieux VIDAS)

339 ng/ml (<500)

Validé par : Dr. Noureddine RACHID



PATIENT : M. AFAKHRI Hicham
SEJOUR : Du 16/09/2021 au 22/09/2021

FACTURE : 202102060
DU : 22/09/2021

CLINIQUE

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ACCOMPAGNANT	5	250,00	1 250,00
PHARMACIE	1	21 662,70	21 662,70
ELECTROCARDIOGRAMME 12 DERIVATIONS	1	200,00	200,00
FORFAIT FRAIS CLINIQUE	1	100,00	100,00
SEJOURS REANIMATION INDIV + SURV	6	2 200,00	13 200,00
TOTAL CLINIQUE			36 412,70

AUTRES PRESTATIONS

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ECHOGRAPHIE COEUR	1	1 000,00	1 000,00
SCANNER THORACIQUE	2	1 000,00	2 000,00
LABO MORIZGO	1	696,00	696,00
DR. AFANE HOUDA(ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES)	1	400,00	400,00
DR. ABDLAQUI BADRE	1	500,00	500,00
TOTAL AUTRES			4 596,00

Arretée la présente facture à la somme de QUARANTE ET UN MILLE HUIT DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES

Observation :

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

PATIENT	
TOTAL TTC	41 008,70

AVICENNE **إبن سينا**
CLINIQUE **مصحة الإختصاصات**
FACTURATION 1
Angle Bd. Nador & Bd. Atlantide Polo - Casa
Tél : 05 22 79 33 00 - Fax : 05 22 21 32 95
E-mail : avicenne.clinic@gmail.com

CLINIQUE AVICENNE**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE**

N° DE DOSSIER 21I16133744

NOM DU PATIENT M. AFAKHRI Hicham

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 2021-09-16 13:37:44

DATE DE SORTIE 2021-09-22 09:00:00



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom & Prénom : <u>Afakhri Hicham</u>		Date de naissance : <u>16/09/2021</u>
Date entrée : <u>16/09/2021</u>	Date Sortie : <u>22/09/2021</u>	

Type d'admission		Service (s) d'hospitalisation	
<input checked="" type="checkbox"/> Médicale	<input type="checkbox"/> Chirurgicale	<input type="checkbox"/> Médecine : Du <u>16/09/2021</u> Au <u>22/09/2021</u>	
<input type="checkbox"/> Hôpital du jour	<input type="checkbox"/> Urgence	<input type="checkbox"/> Réanimation : Du <u>16/09/2021</u> Au <u>22/09/2021</u>	
		<input type="checkbox"/> U.S. I : Du <u>16/09/2021</u> Au <u>22/09/2021</u>	

Motif d'hospitalisation :

Age 52 ans pour D.R.

Antécédents et facteurs de risque :

HTA

Conclusion de l'examen clinique :

R.P. sur cord. @. Sa. 32x0.6

Résultats des bilans et examens complémentaires :

TPM Thy 2.7x

BB CRE 140 D.D - 10%

Angiot - retour 400

Diagnostic :

Bon état 5 M

Évolution :

Age 52 ans VSI état de 5

Traitement de sortie :

Fait à Casablanca le 22/09/2021

Angle boulevard Nador et Atlantide, quartier POLO - Casablanca

Dr Abdelilah MHADI
الدكتور عبد الإله أمادي
Orl - Maxillo-Faciale
Angle Bds Nador et Atlantide Quartier Polo
Casablanca - Tél: 0522 86 20 61
INPE: 091112933 IF: 42012065

Name
ID Number : 210807000
Gender
Age
Ref-department

Né le : 24/07/1971
Admis le : 16/09/2021 13h37
Org : PAYANT MUPRAS



21116133744

Heart rate : 85 bpm
QRS duration : 77 ms
P/QRS/T axis : 68/-11/116°
RV5+SV1 voltage: 1.87 mV

PR interval : 160 ms
QT/QTc interval : 339/382 ms
RV5/SV1 voltage : 1.01/0.86 mV
[Minnesota code]
53 65 75 941

Analyse Result
8110 Sinus rhythm
631 Short PR interval
325 Left ventricular hypertrophy,
probably repolarization abn-
ormality

** Abnormal ECG **

Doctor needs to confirm the report
Check time: 2021/08/07, 16:27:07
Print time: 2021/08/07, 16:27:09

10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz

aVR

V1

V4

aVL

V2

V5

aVF

V3

V6

ID: 210807000 Print time: 2021/08/07, 16:26:57

VN1.00 0051/CardiPro1.20