

## 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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hort  
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° W21-681454

103424

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3407 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAHILI NASSER  
 Date de naissance : 07/01/1973  
 Adresse : 405 Bis Route Al Jadida - Rés. Elhalla  
 Tél : 0664362340 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 19/01/2022  
 Nom et prénom du malade : CHAHILI ILYAS Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur abdominale  
 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 : 19/01/2022

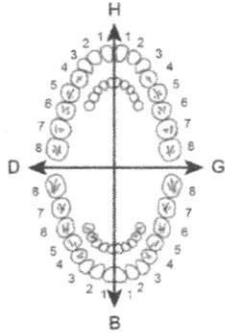
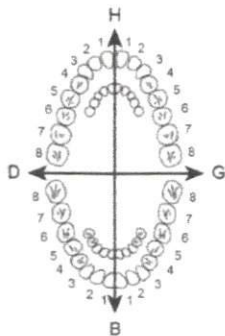
Signature de l'adhérent(e) :

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
19/01/2022			3.000DH	INP: 08/10/1983

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19-1-22	27,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/01/2022	fact	500DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19/01/2022		un fact			4.000DH

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 l'ODF.												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]								
				MONTANTS DES SOINS [ ]								
				DEBUT D'EXECUTION [ ]								
				FIN D'EXECUTION [ ]								
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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS [ ]		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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





AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 18/11/2012

27,50 Ilham Hamou



1) Sparf lye spasf-cp Avis D<sup>m</sup>

1 gélule en cas de douleur

2) Vogaline (hop)

**PHARMACIE LAKBIR**  
NAJME Karima  
62, rue Chasseur Jules Gros  
CASABLANCA - OASIS  
Tél: 022.99.08.75

1 cpr x 3/;

2 - un aut mps.

27,50

Pharmacie  
Anesthésiste - Réanimateur  
CLINIQUE ATFAL



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 18/1/2022

Cherami Taha

- 7.2 15

- 13 au

- Douleur Abdominale diffuse

- Edio f/mi est

Dr. LARAKI Mohamed  
Professeur Agrégé  
Pédiatrie - Réanimateur  
CLINIQUE ATFAL

CLINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
Casablanca  
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma



090003690

CASABLANCA Le : 19-01-2022

Facture N° 01363/22				C. Débiteur <span style="float:right">page 1/1</span>			
<b>A. Identification</b> N° Dossier : ATF22A19095124      N° Identifiant : 016028/22 <b>Nom &amp; Prénom : Enf. CHAHLI ILYAS</b> C.I.N : Adresse : CASA				<b>Organisme : Payant</b>  <b>D. Période d'Hospitalisation</b> Date Entrée : 19-01-2022 Date Sortie : 19-01-2022			
Médecin traitant : DR. LARAKI HOUSSAINI MOHAMMED				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
<b>RADIOLOGIE</b>							
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINAL		500,00			500,00	
Total Rubrique :						<b>500,00</b>	
<b>PRESTATIONS</b>							
1	CONSULTATION		300,00			300,00	
1	PERFUSION		400,00			400,00	
Total Rubrique :						<b>700,00</b>	
						<b>1 200,00</b>	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						0,00	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>							
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 1 200,00</b>	

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél : 0522 23 18 18 - INPE : 090003690



**AKDITAL**

**Clinique Atfal**  
**مصحة أطفال**

• Scanner Multibarrette • Angio-scanner • Coloscopie virtuelle • Dentascanner • Échographie • Écho Doppler  
• Radiologie Standard • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner / IRM Corps Entier / IRM Cardiaque Sur Rdv

**Casablanca , le 19/01/2022**

Patient : **CHAHLI ILYAS**

Prescripteur: **DR. LARAKI HOUSSAINI MOHAMMED**

## **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

### **RESULTAT :**

- Météorisme abdominal modéré.
- Le foie est de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans lésion focale notable.
- La vésicule biliaire est en réplétion, à paroi fine, sans lithiasse visible.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques ou de la voie biliaire principale.
- La rate est d'aspect échographique normal.
- Le pancréas exploré au niveau corporel, de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Les reins sont de taille et de situation normale, bien différenciés avec conservation de l'index cortical.
- Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ni image de lithiasse.
- Absence d'image échographique d'appendice normal ou pathologique.
- Lame d'épanchement péritonéal anéchogène en inter anses en FID.
- Ganglions mésentériques infracentimétriques ;
- Vessie en réplétion, à paroi fine, à contenu transsonore .

### **CONCLUSION :**

- Météorisme abdominal modéré.
- Lame d'épanchement péritonéal en inter anses sans image échographique d'appendice normal ou pathologique évidente : A confronter aux données clinico- biologiques.

Merci de votre confiance. **DR. MEKKAOUI**