

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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'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° W21-710314

179788

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HALNONY Abdelmjid
 Date de naissance : 09.01.1930
 Adresse : Coop/ALICHAFF II n°21 Sidi Oumouf Casablanca
 Tél. : 0698.33.54.57 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/07/2022

Nom et prénom du malade : HALNONY Abdelmjid

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 21/06/22

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

INP :

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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 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

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

COEFFICIENT
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'EXECUTION

Docteur Abdelillah SAMI

Professeur de Neurochirurgie
à la Faculté de Médecine de Casablanca
Spécialiste des Maladies du Cerveau
et de la Colonne Vertébrale
Diplômé de la Faculté de Médecine
de la Bretagne Occidentale - France



الدكتور عبد الإله السامي

أستاذ في جراحة الدماغ
و الأعصاب و العمود الفقري

حاصل على شهادة جراحة الدماغ
و الأعصاب ببريطانيا الغربية بفرنسا

9 Mai 2022

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr HALMONY Abdelmajid

Douleur du MIG

Troubles vasculaires

Lésion gangrénée du 2e doigt G

Echodoppler des Vx des MI et iliaques

Docteur Abdelillah SAMI
Professeur de Neurochirurgie
44, rue des hôpitaux (face aux urgences
Ibn Rochd Morizgo) - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 42

Radio Diagnostic
109, Résidence Sid Maïrouf
Préfecture Ain Choua - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65



الفحص بالأشعة سيدي معروف
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 10/05/2022

FACTURE N° : 02033/2022

Nom & Prénom : HALMOUNY ABDELMAJID

Date d'examen : 10/05/2022

Examens	Honoraires
ECHODOPPLER DES MEMBRES INFERIEURS	1200 DH
NET A PAYER	1200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DH

109. شارع شيماء لوتيسما سفيان - سيدي معروف - الدار البيضاء

109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidimaarouf@gmail.com

ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431

CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma

Casablanca, Le 10/05/2022

PATIENT : HALMOUNY ABDELMAJID
MEDECIN TRAITANT : DR ABDELILAH SAMI

ECHODOPPLER DES MEMBRES INFERIEURS

RESULTAT :

Aorte de calibre normale avec infiltration athéromateuse de sa paroi, présentant un flux normal.

Météorisme abdominal gênant l'analyse des artères iliaques primitives.

Epaississement athéromateux avec quelques calcifications pariétales des artères iliaques externes, avec encodage couleur normale des deux cotés.

Epaississement intimal avec médiacalcosse diffuse des artères fémorales, communes, superficielles avec un tracé normo modulé.

Epaississement intimal des deux artères poplitées avec un tracé démodulé

Epaississement athéromateux, avec médiacalcosse des artères tibiales postérieures et antérieures, sans visualisation nette d'un signal doppler sur une grande partie de leurs trajets.

Signal doppler faible, amorti et démodulé au niveau distal ainsi qu'au niveau des artères pédieuses.

Kyste poplité droit à contenu échogène remanié mesurant 24x13mm.

CONCLUSION :

Artériopathie chronique oblitérante bilatérale, plus accentuée au niveau des deux jambes.

Un angioscanner des membres inférieurs est indiqué pour plus de précisions.

Confraternellement

Dr ZAAMOUNE IKRAM