

## 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 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

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

M22- N° 002824

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4452 Société : A 28499

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : L. Mimouni, GenAD

Date de naissance : 07-06-59

Adresse : Benslamane BP 150

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés : 1908,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 Jul 2022

Nom et prénom du malade : Abdou Rachid Age: 60

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 01 / 07 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/07/2022	Cg		300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU MAGHREB</b> <b>ALEXANDRA KOKOREVA</b> Docteur en Pharmacie Ay Lalla Meriem Tél : 0523296633	01/07/22	108,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>RADIOLOGIE MOHAMMEDIA</b> Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH Av Abderrahmane Serghini Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 40	02/07/22	mesurées	1500 DH

### 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 :**

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*															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

**Dr Yassin SAYERH**  
Chirurgien Urologue  
- Andrologue -  
Fixe : 05 21 21 00 06  
05 23 31 79 63



**الدكتور ياسن الطايغ**  
أخصائي في أمراض وجراحة الكلي، البرستات،  
المسالك البولية والأعضاء التناسلية  
عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية  
Membre de L'American Urological  
Association  
Urgences : 06 64 21 43 99

## Ordonnance

Dr Yassin Sayerh A Mohammédia le : 01 JUL 2022

108.00  
Al Solfic 5g (SL)  
Zahra

PHARMACIE DU MAGHREB  
ALEKSANDRA KOKOREVA  
Docteur en Pharmacie  
11, rue Lalla Meriem Bloc D 248 n°2  
Beaumont - Tél : 0523296633



Dr Yassin SAYERH  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
A Mohammédia - Tél : 05 21 21 00 06



**Dr Yassin SAYERH**  
Chirurgien Urologue  
- Andrologue -  
Fixe : 05 23 21 00 06  
05 23 31 79 63



**الدكتور ياسن الطايغ**  
أخصائي في أمراض وجراحة الكلى، البرستات،  
المسالك البولية والأعضاء التناسلية  
عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية  
Membre de L'American Urological  
Association  
Urgences : 06 64 21 43 99

## Ordonnance

A Mohammedia le : 01 JUL 2022

M<sup>e</sup> Rachide Amrani

F - SUL

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA  
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH ①  
Av Abderrahmane Serghini  
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 40

UR T D 11 + fente osseuse  
sans inject -

Indich, lèvre D & L: renal  
droite + Douleur lombaire  
droite

**Dr Yassin SAYERH**  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
Aخصائي أمراض الكلى وجراحة البرستات والمسالك البولية والأعضاء التناسلية  
INP : 091241984  
Mohammedia - Tél. 05 21 21 00 06





# CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)  
CES de radiologie & diplôme en échographie  
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)  
Ex. Attaché au C.H.U de (Nancy - France)

Mohammedia, le 02/07/2022

**Facture N°2022/07.656**

Nom patient : **AMRANI RACHIDA**

Examen(s) réalisé(s) : **URO-SCANNER**

Montant : **Mille cinq cents (1500 DH)**

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

**REGLEMENT : ESPECES**

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA  
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH  
Av Abderrahmane Serghini ①  
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 49

Mohammedia , le 02/07/2022

PATIENT : AMRANI RACHIDA  
MEDECIN : DR SAYERH  
EXAMEN(S) REALISE(S) : URO-SCANNER

### COMPTE RENDU

R.C. : Légère dilatation rénale droite avec douleurs lombaires droit.

### TECHNIQUE D'EXAMEN

- Acquisition volumétrique sans injection de contraste reconstructions en coupes de 1,5 mm.

### RESULTATS:

- Rein droit de taille normale mesurant 12cm de grand axe, de contours réguliers siègent d'une discrète hypotonie pyélo-calicielle (pyélon mesurant 19 mm de diamètre antéropostérieur); sans image de lithiase individualisable sur cet examen.
- Rein gauche de taille normale mesurant 11 cm de grand axe, de contours réguliers sans dilatation des cavités pyélo-calicielles ni image de lithiase individualisable sur cet examen.
- Uretères fins et réguliers sans anomalie densitométriques relevée.
- Vessie de situation médiane à paroi fine et régulière avec absence de lésion pariétale endo-vesicale évidente décelable.
- À noter des phlébolithes pelviens.
- utérus homogène de densité et de taille normale.
- Absence de masse annexielle.
- A noter un important météorisme colique visualisé au complément échographique (images ci-jointes).

AU TOTAL : \*Ce bilan TDM objective une discrète hypotonie des cavités pyélo-calicielles droites d'allure séquellaire sans image de lithiase individualisable ou d'anomalie utéro-annexielle.

\*Météorisme colique diffus visualisé au complément échographique.

En vous remerciant de votre confiance

Ci-joint le CD

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA  
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH  
Av Abderrahmane Serghini ①  
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 49



