

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0044984**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : R.A.M. 144425  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZIDANI Abdeljalil  
Date de naissance : 04-08-1949 à Casablanca  
Adresse : Raed Villa 37 groupe W EL OULFA  
HAY HASSANI CASABLANCA  
Tél : 0661101385 Total des frais engagés : 10000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 30/11/2022  
Nom et prénom du malade : ZIDANI ABDELJALIL Age : 73 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique  
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 : CASABLANCA Le : 30/11/2022  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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

30-12-2022

C

G

D. DAMI Khalid  
Traumatologie  
Chirurgie réparatrice  
des maxillaires  
INPE : 091037481

## 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

Dr. DAMI Khalid  
Spécialiste en Radiologie  
Imagerie Médicale  
Tél. : 05 22 58 10 16

30.12.22  
TDM  
TFR

1000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Praticien

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 :

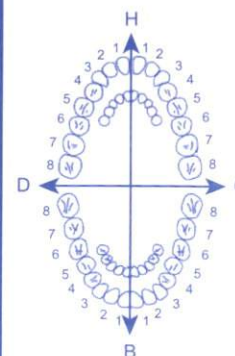
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

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

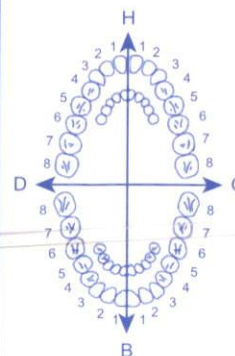
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITAIER PREFECTORAL  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي لعمالة  
القضاء مرس السلطان  
مستشفى محمد بوافي

30/12/2022  
الدار البيضاء

## BON D'EXAMEN

Mr/Mme :

ESGAMI Abdelatif

SERVICE :

N° D'ENTREE :

N° D'EXAMEN :

### RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE

- Traumatisme Crânien  
- vertiges + épilepsie  
- Coma + Céphalée

MEDECIN DEMANDEUR

Dr. DAMI Khalid  
Spécialiste en Radiologie  
Imagerie Médicale  
Tél. : 05 22 58 16 16

SIGNATURE DU RESPONSABLE





**Dr. DAMI Khalid**  
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE



**الدكتور دامي خالد**  
إختصاصي في الفحص بالأشعة

30/12/2022

Casablanca, le : .....

PATIENT : ZIDANI ABDEL JALIL  
MEDECIN TRAITANT : DR JAMAL ZIDANI  
EXAMEN(S) REALISE(S) : TDM CEREBRALE

### Compte Rendu d'Examen

**ATCDS :** Traumatisme

**Technique :**

Coupes axiales sans injection de produit de contraste.

**Résultats :**

Plage d'hypodensité temporale gauche cortico-sous corticale de 25x24 mm mal limitée sans effet de masse.

Absence d'anomalie au niveau du cervelet.

4<sup>ème</sup> ventricule en place.

Citernes de la base libres.

Structures médianes en place.

**Conclusion :**

Lésion temporale gauche cortico-sous corticale de 25x24 mm non spécifique /contusion vu le traumatisme.<sup>?</sup>

Autres ?

Dr. DAMI Khalid  
Spécialiste en Radiologie  
Imagerie Médicale  
Tél : 05 22 58 10 16

Merci de votre confiance.

SCANNER MULTIBARETTES 32 COUPES - RADIOLOGIE NUMERISÉE - MAMMOGRAPHIE NUMERISÉE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - PANORAMIQUE DENTAIRE - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
TELÉRADIOGRAPHIE - IRM SUR RENDEZ-VOUS

Lotissement Belle vue, Villa 76, Près de Casa Nearshore, Boulevard Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca

فيلا 76، تجزئة المستقبل، قرب كازا نيرشور، شارع القدس، سيدي معروف - الدار البيضاء

Tél. : 05.22.58.10.16 - Email : khalid.dami@gmail.com



Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 30/12/2022

FACTURE N° 18656/2022

NOM &amp; PRENOM : ZIDANI ABDEL JALIL

EXAMEN	MONTANT
TDM CEREbraLE	mille (1000 DH)
TOTAL	1000 DH

Arête la présente facture à la somme de mille (1000 DH) DHTTC

Dr. DAMI Khalid  
Spécialiste en Radiologie  
Imagerie Médicale  
Tél : 05 22 58 10 16

## INFORMATIONS

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452  
INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052