

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-702131

A 51659



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11082

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHMANI MOHAMED

Date de naissance :

29/07/1978

Adresse :

155 BD La gironde CASABLANCA

Tél. :

06 87 85 50 48

Total des frais engagés : 900 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

DAHMANI AHMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Problème éclaté l'œsophage

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

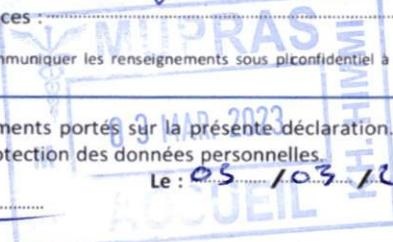
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
17-2-22	G Rx	2	200g	INP
				Le Médecin a été payé

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/01/19	760	62000

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP : <input type="text"/>																
	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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	00000000	11433553
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B		35533411													
		G	00000000	11433553													
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"/>																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en Pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب و الصيدلة

بالبيضاء

Casablanca, le 17 FEV 2023 الدار البيضاء في

Abdelmouen Almeb

Testicule G de col

Re rapport à Dr

Abraj - pelviens

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilyya Abou Madi
Appt N°21 - Garachier - Casablanca
Tél. : 0522 20 34 31
Fax : 0522 47 40 09

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdelmoumen 1er Etage
Rés. Altrajes Abraj - Casablanca
Tél/Fax : 0522 52 26 - 06 97 34 04 19
Gsm : 0661 14 74 41
NPE : 091201061

Pas de Consultation Samedi Matin

250, Bd Abdelmoumen Résidence Abrajs Abdelmoumen 1^{er} Etage

(entre Bd. Mly Idriss 1^{er} & Bd. Anoual) - Tél./Fax : 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27
E-mail: oumlilmina@gmail.com / minaoumlil@hotmail.fr - Urgence Gsm : 06 61 14 74 41



Nom & prénom : DAHMANI AHMED

FACTURE N° : 23/004221

Date : 25/02/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne	600,00
Total Montant	
	600,00

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
Anfa - Casablanca
Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

SIX CENT DIRHAMS

REGLEMENT :ESPECES Le 25/02/2023

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

Radiologie Aboumadi : S.A.R.L au Capital de 740.000,00 DH - 27 Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20060 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064



Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté
de Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté
de Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

- IRM Haut champ
 - Scanner Spiralé Multi-barettes
 - Imagerie Cardio-Vasculaire
 - Radiologie Générale Numérique
 - Mammographie/Tomosynthèse
 - Echographie-Doppler Couleur
 - Echo-Doppler 3D, 4D
 - Echographie Morphologique
 - Cone Beam
 - Panoramique Dentaire Numérique
 - Denta-scanner
 - Téléradiologie 4 mètres Numérique
 - Ostéo-densitométrie Biphotonique
 - Radiologie Interventionnelle
- N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC**
utilisez le lien :

Casablanca le 25/02/2023

PATIENT : DAHMANI AHMED
MEDECIN TRAITANT : PR. OUMLIL MINA
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

A gauche :

Testicule est ectopique au niveau inguinal bas, mesurant 12x6x13 mm (volume 0.5 cm³), de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans lésion nodulaire focale individualisable.

A droite :

Testicule de siège intra scrotal, mesurant 13x7x15 mm (volume 0.8 cm³), de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans lésion nodulaire focale individualisable.

Epididyme de taille et d'échostructure normales.

Absence d'hydrocèle.

Par ailleurs :

Reins de taille normale de contours réguliers et d'échostructure homogène, présentant une bonne différenciation cortico-médullaire, sans image lithiasique ni dilatation pyélocalicielle.

Absence d'épanchement liquidiens intra-péritonéal.

CONCLUSION :

Ectopie testiculaire gauche, discrètement hypotrophique par rapport à l'autre, en situation inguinale basse.
Absence d'anomalie testiculaire droite ou des deux reins

Confraternellement
DR BENKIRANE H.
INPE : 091023531