

# 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.

**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° M21- 1052465

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1483

Société : RA7

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELHOUHNI DRIS

Date de naissance : 22-04-1945

Adresse : RUE BEN HAZED - RES. RAOUH AL AZHAR  
177 B2 - App. T23-1. MAARIF CAS

Tél. : 0665 165 166 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. M. A. LAABI  
CARDIOLOGUE  
Rés. B. B. H. T. Angle Bd Bir Anzarane  
Rue Ouid Ach. la Côte de Agence INWI  
Quartier Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 99 20 87

Date de consultation : 14/03/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CAS


Le : 22/04/2023

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
09/03/2023	prothèse			
14/03/2023	C+Hlo 3000			

# 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
	09/03/23	km	1000 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

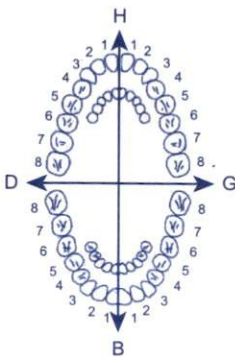
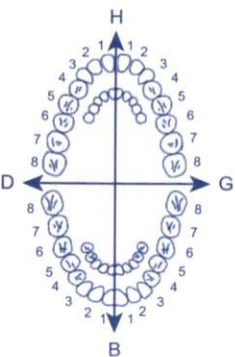
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 09/03/2023

FACTURE N° : FA:00 2438/23  
Nom : ABDELMOUMNI DRISS

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1 000,00 Dhs

**MILLE DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES 1 000,00 Dhs

Total de : 1 000,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



# CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

## عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
و علاج القلب التداخلي

09/03/2023

Abdelmouni Driss

Patient âgé de 77 ans.

TU superficielle gauche.

Contrôle ecg doppler veineux  
après un mois de traitement

Dr. Abderrahim ADIL  
RADIOLOGUE  
CENTA - RADIOLOGIE  
2001, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 05 22 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Dr. M. A. LAABI  
CARDIOLOGUE  
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane  
Rue Caid El Achtar (A côté Agence Inwi)  
Quartier Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

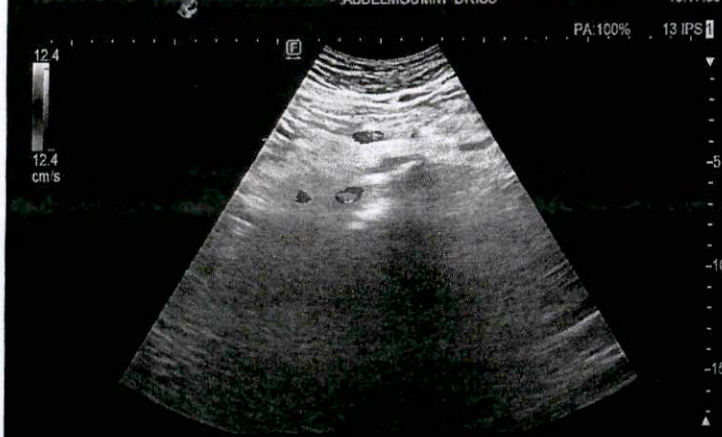
Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, ( A côté Agence Inwi) 1<sup>er</sup> étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح «د» زاوية شارع بيرانزان وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعاريف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

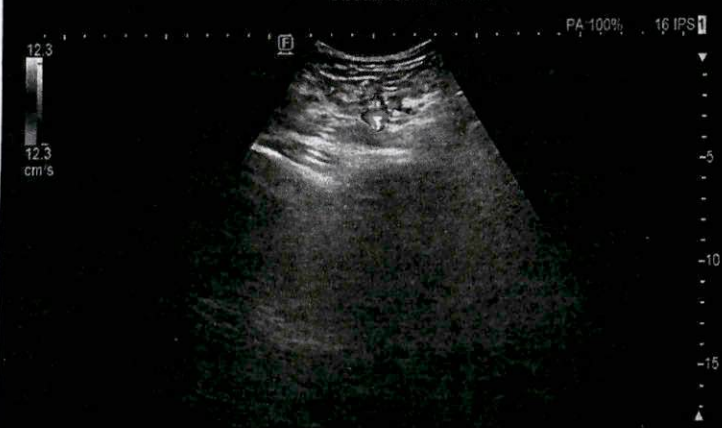
N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624





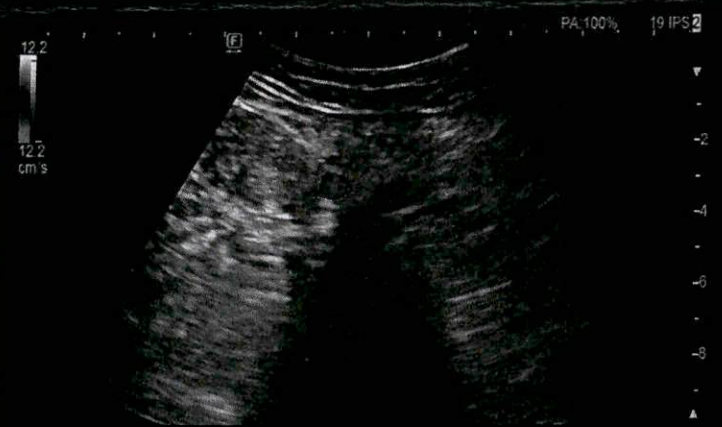
C253  
HdT-4.6Rx P:19.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39  
FUJIFILM RADIO DIAGNOSTIC ROUDANI 22224820101318... 77A :M 09-03-23 13:19:55

C253  
HdT-4.6Rx P:19.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39  
FUJIFILM RADIO DIAGNOSTIC ROUDANI 22224820101318... 77A :M 09-03-23 13:20:19



C253  
HdT-4.6Rx P:19.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39  
FUJIFILM RADIO DIAGNOSTIC ROUDANI 22224820101318... 77A :M 09-03-23 13:20:24

C253  
HdT-4.6Rx P:11.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39  
FUJIFILM RADIO DIAGNOSTIC ROUDANI 22224820101318... 77A :M 09-03-23 13:21:17



C253  
HdT-4.6Rx P:11.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39  
FUJIFILM RADIO DIAGNOSTIC ROUDANI 22224820101318... 77A :M 09-03-23 13:22:07

C253  
HdT-4.6Rx P:11.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39  
FUJIFILM RADIO DIAGNOSTIC ROUDANI 22224820101318... 77A :M 09-03-23 13:22:36



C253  
HdT-4.6Rx P:11.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39

C253  
HdT-4.6Rx P:11.0 GB:50 DB:87  
0.8k:2.50MHz GC:39









Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 09/03/2023

Patient

Médecin traitant

Examen(s) réalise(s)

ABDELMOUMNI DRISS

DR LAABI MOHAMED AMINE

ECHODOPPLER VEINEUX DES MEMBRES INFERIEURS

### COMPTE RENDU

#### Résultat :

##### réseau veineux profond :

La veine cave inférieure ainsi que les veines iliaques sont perméables et normalement compressibles.

Pas d'anomalie du réseau veineux profond du membre inférieur droit.

Le réseau veineux profond du membre inférieur gauche n'a pas montré de récurrence thrombotique, notamment au niveau de la région surale, on trouve cependant les stigmates de l'ancienne thrombose partielle à hauteur de la veine poplitée.

##### Réseau veineux superficiel :

L'exploration debout retrouve les varices non systématisées jambières gauches qui sont partiellement thrombosées, le thrombus est discrètement échogène témoignant de son ancienneté.

Absence d'extension thrombotique vers le réseau veineux sural.

Absence d'anomalie tronculaire du réseau saphénien des deux côtés.

#### Au total :

**Stigmate d'une ancienne thrombose poplitée gauche.**

**Pas d'autre anomalie du réseau veineux profond des deux côtés, notamment au niveau du réseau sural gauche.**

**On retrouve les varices non systématisées jambières gauches qui sont partiellement thrombosées, le thrombus est en cours d'organisation.**

**Pas de récurrence thrombotique ni d'extension thrombotique sur cet examen.**

En vous remerciant de votre confiance

**DR. A. ADIL \***



GE

MAC600 1.02

ID :

14-mar-2023 13:21:03

aVR

V1

V4

aVL

V2

V5

aVF

V3

V6

0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

78 bpm

4x2,5s

Abdelmounni Aris

ID :

**Dr. M. A. LAABI**  
**CARDIOLOGUE**

Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane  
 Rue Caïd Achraf (à côté de Agence INWI)  
 Quartier Maarif - Casablanca  
 Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Fréq. ventr. 78 bpm

Durée QRS 124 ms

QT/QTc 404/460 ms

Intervalle PR 158 ms

Durée P 110 ms

Intervalle RR 769 ms

Axes P-R-T 80 54 43

MAC600 1.02

12SL™ v239