

# 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- 0047145

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH 157801

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0661390944 Total des frais engagés : 2455,47 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ROCHDI FATIMA EZZAH  
Pédiatre  
INPE/ 061245346

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ELAICH Abdel Salam Age: .....

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

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 AVR. 2023

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 : .....

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° : AA-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
14/04/2023	soin	23	2456.17	Dr. ROCHDI FATIMA EZZAHRA Pédiatre INPE: 061245346

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/23	1390.0
	14/04/23	400.0

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

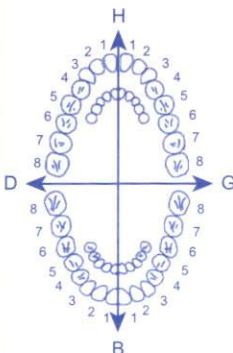
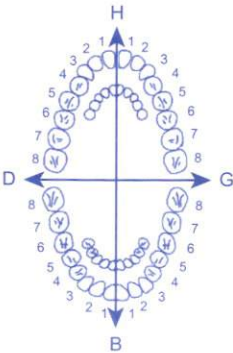
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <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> <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																	
	[Création, remont, adjonction] 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

**ORDONNANCE**

Bouskoura, le :

2300240311 / 230414001358C.  
Prénom : ABDESSALAM  
Nom : EL AICH  
DDN : 13/07/2009 E: 14/04/2023  
Service : URGENCE (SO)

PAYANT  
Sexe: M

صيدلية مطار أنفا  
PHARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA  
Mme. LAMNIAI BRIGITTE  
72, Bis Bd. Sidi Abderrahmane  
Beauséjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 06 36

صيدلية مطار أنفا  
PHARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA  
Mme. LAMNIAI BRIGITTE  
72, Bis Bd. Sidi Abderrahmane  
Beauséjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 06 36

99,00 1/- Prodefen

40.00 2/- Neofortan 40mg

139,00

2 boîtes  
3d+2  
2x1x3  
3d+2

DR. ROCHDI FATMA EZZAHRA  
Pédicure  
INPE: 061245346

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : www.hm6.ma

Lot :  
Date de Fab :  
Date de Pér :  
PPC : 99 Dhs

PRODEFEN  
Complément alimentaire

NEOFORTAN® 40 mg  
PPV 40DH00  
EXP 11/2025  
LOT 2N049 1

NEOFORTAN® 40 mg  
PPV 40DH00  
EXP 11/2025  
LOT 28024 3





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

# LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Biochimie - Immunologie- Hématologie - Microbiologie

Identifiant du patient : 230414001358C.

Date de naissance : 13/07/2009

Sexe : M

Date de l'examen : 14/04/2023

Prélevé le : 14/04/2023 à 02:00

Edité le : 14/04/2023 à 11:11

EL AICH ABDESSALAM

Dossier N° : 23040680

Docteur DR. ROCHDI FATIMA E NULL



## NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, Impédancemétrie, cytométrie de flux et photométrie, Sysmex XN)

### Numération globulaire

Hématies	:	4.69	$10^{12}/l$	4.2 - 5.6
Hémoglobine	:	13.1	g/dl	12.1 - 16.6
Hématocrite	:	39.0	%	35 - 49
VGM	:	83.2	fl	77 - 98
CCMH	:	33.6	g/dl	31 - 37
TCMH	:	27.9	pg	25 - 35

### Formule leucocytaire

Leucocytes	:	7.10	$10^3/mm^3$	3.75 - 13
P. Neutrophiles	:	61.5	%	4.4 $10^3/mm^3$ 1.5 - 6.3
P. Eosinophiles	:	1.3	%	0.09 $10^3/mm^3$ 0.04 - 0.89
P. Basophiles	:	0.7	%	0.05 $10^3/mm^3$ 0.01 - 0.23
Lymphocytes	:	28.5	%	2.02 $10^3/mm^3$ 1.3 - 4.5
Monocytes	:	8.0	%	0.57 $10^3/mm^3$ 0.15 - 1.30

### Numération plaquettaire

Plaquettes	:	243	$10^3/mm^3$	166 - 395
------------	---	-----	-------------	-----------

## BIOCHIMIE SANGUINE

PROTÉINE C RÉACTIVE : < 0.20 mg/l 0.1 - 2.8

(Sang, spectrophotométrie d'absorption,  
Architect)

Domaine de référence consensuel pour les adultes : < 5 mg/L (IFCC/CRM 470)

Domaines de référence 5-95 % chez les nouveau-nés et les enfants :

Nouveau-nés (0 à 3 sem.) : 0,1-4,1 mg/L

Enfants (2 mois à 15 ans) : 0,1-2,8 mg/L

L'important est le contrôle de l'évolution de la concentration en CRP au cours du processus pathologique aigu.

Le 14/04/2023 à 11:11

Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

2300240311

N° : 14399 / 2023 du 14/04/2023

Nom patient	EL AICH ABDESSALAM	Entrée	14/04/2023
	PAYANTS	Sortie	14/04/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation de pediatrie	1.00		300.00	300.00
Echographie abdominale	1.00		400.00	400.00
NFS - Numeration formule sanguine + plaq	1.00		96.00	96.00
Proteine C reactive - CRP	1.00		120.00	120.00
Scanner abdominal	1.00		1 500.00	1 500.00
			<i>Sous-Total</i>	2 416.00
PHARMACIE	1.00		39.47	39.47
			<i>Sous-Total</i>	39.47
<b>Total Clinique</b>				<b>2 455.47</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	<b>Total</b>	<b>2 455.47</b>
DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS QUARANTE-SEPT CENTIMES		



9




230414001358C.

**EL AICH ABDESSALAM**

**Admission du : vendredi 14 avril 2023**

**Ordonnance**

(14/04/2023,14/04/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. ROCHDI FATIMA E]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
14/04/2023	Echographie abdominale	1	DR ROCHDI FA
14/04/2023	Scanner abdominal	1	DR ROCHDI FA
<p style="text-align: center;">   <b>DR. ROCHDI FATIMA EZAHIS</b>  <b>Pediatre</b>  <b>INPE: 061245346</b> </p>			

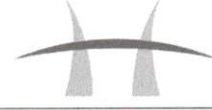


090063728





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

Nom du patient: EL AICH ABDESSALAM  
Type d'examen: Scanner abdominal  
Médecin traitant:

Date: 14/04/2023

:

## **TDM abdominale**

**INDICATION** : Douleurs de la fosse iliaque droite.

**TECHNIQUE** : Examen réalisé en acquisition hélicoïdale sur l'abdomen sans et après injection de produit de contraste iodé au temps portal.

### **RÉSULTATS** :

- Foie de taille et de morphologie normale, sans lésion focale.
- absence de dilatation des voies biliaire intra-ou extra hépatiques.
- Vésicule biliaire de volume normal, sans calcul scanographiquement décelable, à paroi fine.
- Absence d'anomalie porto-sus-hépatique.
- Pancréas, reins, surrénales et rate sans anomalie.
- Absence d'ADP, en dehors de quelques ganglions infracentimétriques de la fosse iliaque droite.
- Aorte de calibre normal et régulier, sans portion anévrysmale.
- Absence d'épaississement digestif suspect.
- Absence d'individualisation de l'appendice devant les limites de cet examen.
- Epanchement liquidien interanse de la fosse iliaque droite.
- Vessie en réplétion à paroi fine.
- absence lésion osseuse d'allure suspecte.

### **CONCLUSION** :

**Aspect TDM abdominale en faveur d'un épanchement liquidien minime interanse de la fosse iliaque droite avec quelques ganglions réactionnels adjacents.**

**Absence d'individualisation d'épaississement appendiculaire dans les limites de cet examen.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI J.**

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Docteur HABI J.  
Radiologue  
390051300





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

Nom du patient: EL AICH ABDESSALAM  
Type d'examen: Echographie abdominale  
Médecin traitant:

Date: 14/04/2023

:

**Renseignements cliniques** : Douleur de la FID.

**Résultats** :

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Tronc porte, veine cave inférieure et veines hépatiques de calibre normal.
- Vésicule biliaire à paroi fine, alithiasique.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques de calibre normal.
- Pancréas et rate sont sans anomalie échographique.
- Reins de taille et de situation normales, de contours réguliers, présentant une bonne différenciation parenchymo-sinusale.  
Absence de dilatation pyelo-calicielle.
- Vessie à paroi fine, de contenu trans-sonique.  
Méats urétéraux libres.
- Le balayage échographique de la fosse iliaque droite retrouve avec un épanchement liquidien interanse.
- Il s'y associe de multiples ganglions infracentimétriques d'architecture conservée mesurant 6 mm de petit axe.
- Absence d'épaississement appendiculaire nettement individualisable.
- Absence d'ADP intra-abdominale.

**Au total** :

Echographie abdominale en faveur d'un épanchement liquidien interanse de la fosse iliaque droite, associée à quelques ganglions réactionnels adjacents sans individualisation d'épaississement appendiculaire. À confronter aux données clinico-biologiques et éventuellement aux données d'un scanner.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI J.**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr HABI J.  
14/04/2023



230414001358C.

**EL AICH ABDESSALAM**

**Admission du : vendredi 14 avril 2023**

**Ordonnance**

(14/04/2023,14/04/2023) CONSULTATION \_SO\_ [DR. ROCHDI FATIMA E]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
14/04/2023	NFS - Numeration formule sanguine + plaquettes	1	DR ROCHDI FA
14/04/2023	Proteine C reactive - CRP	1	DR ROCHDI FA
<p style="text-align: center;"> <i>DR. ROCHDI FATIMA EZAH Pédiate INPE: 061245346</i> </p>			



090063728