

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

N° W21-812153

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4622 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMRIT BOUCHAIB
 Date de naissance : 01/01/52
 Adresse : LOT 12, LABISSE, BOUSKOURA
 Tél. : 06 55 85 22 34 Total des frais engagés : 3430 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

Nature de la maladie :

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 26/07/2023 Le : 26/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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"/>																
			Montant des soins <input type="text"/>																
			Début d'exécution <input type="text"/>																
			Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	00000000	G		35533411	11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
G																			
D	00000000	00000000	G																
	35533411	11433553																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des soins <input type="text"/>																	
		Date du devis <input type="text"/>																	
		Fin d'exécution <input type="text"/>																	

VOLET ADHERENT	NOM : <u>HAMRITI BOUCHAIB</u>	Mle <u>4622</u>
DECLARATION N° <u>P 14/0019515</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>26/07/23</u>	<u>3430,00</u>	<u>06</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14/

19515

DATE DE DEPOT

26/07/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>4622</u>
Nom & Prénom <u>HAMRITI BOUCHAIB</u>		
Fonction <u>EDS retraite</u>	Phones <u>0655852234</u>	
Mail <u>hamriti@gmail.com</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>BOUCHAIB</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date <u>14/06/23</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE Date <u>14/06/2023</u> Montant de la facture <u>430,00</u> PHARMACIE ABDO ZAID S.A.R.L. Rue 35 N°04, Massira 2, Bouznazel Casablanca Tel: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 INPE 092001197		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>13/06/2023</u>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>360</u>	<u>10900 Dh</u>	
<u>Amorison 14/06/23 2000,00 dh</u>		LABORATOIRE RADIOLOGIE ANNUAL 112 000005 62 57 42 50
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires

Le 14/06/23

D. Hamiti Bencharif

215x2


Amniopexie 300 mg / 10 ml

430,00


RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614000-09058
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60


PHARMACIE ABOU ZAID
S.A.R.L.
Rue 36 N° 04, Massira 2, Soudan
Casablanca
Tél: 0522 70 22 84 - Fax: 0522 71 30 79

INPE
092001197

Pour 1 mL de solution : Iohexol 647 mg q.s.p
300 mg d'iode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P.P.I.

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.
Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحتوي على: إيوكسول 647 ملغ
ك.ك.ل، 300 ملغ يود

المركبات الأخرى: تروميتامول، حمض
الهيدروكلوريك، إديتات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة لإستعمال واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°C. يحفظ بعيداً عن الضوء وبعيداً عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته 37°C.

لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

AMM N°: 100/19 DMP/21/NRQ

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

300 mg I/ml
ملغ يود/مل

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
إيوكسول

1 x 50 ml

EXP /
نهاية الإستعمال:
Lot n° /
الحصة:

08-2025

16166553

1201828 MAR

OMNIPAQUE 300 mg I/ml IOHEX

نيبياك 300 ملغ يود/مل إيوكسول

تعمل للحقن داخل الأوعية Intra-arterielle ou intraveineuse



CE PRODUIT + GROSSESSE = DANGER

هذا المنتج + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique
لا يستعمل لدى المرأة الحامل إلا عند غياب علاج بديل

Respecter les doses prescrites.
إحتترموا مقادير الوصفة.

Liste I

I القائمة

Médicament soumis à prescription médicale
Uniquement sur ordonnance

وإء يقدم إلا على وصفة

حب مقرر التسجيل:

Détenteur de la DE:
GE Healthcare AS
Nycovien 1, P.O.Box 4220 Nydalen,
NO-0401 Oslo, Norvège.
Distribué par: Cyclopharma S.A. Lot.84,
Z.I. Ouled saleh, Bouskoura, 27182 Cosablanca

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

طبيب سابقا بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرابين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

13 JUIN 2023

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

1. Hamza Ben
Abdelmoumen et Rue
Abdelmalek Abou Marouane

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 6

RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Hamza FARAJ
RADIOLOGUE

Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek
CASABLANCA
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

FACTURE

N° de l'admission : 23005314 N° Facture : 23005193 Date facturation : 14/06/2023

Nom et prénom du patient : BOUCHAIB HAMRITI

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 14/06/2023 Sortie: 14/06/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
SCAN ANGIO			1 600.00
		Sous-Total	1 600.00
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR FARAJ HAMZA			400.00
		Sous-Total	400.00

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR FARAJ HAMZA	10	400.00	40.00
		Sous-Total	40.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille dirhams

Total : 2 000.00

Part patient 2000.00

Notre compte bancaire :

Adhérent

Mle

PC N°

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 00161400
111, 3e étage
Tél: 05 22 86 09 99 - 05 22 86 09 89 - 05 22 86 09 79 - 05 22 86 29 00

le 13/08/2023.

Mr. HAMZITI Bouchaïb.

Mme

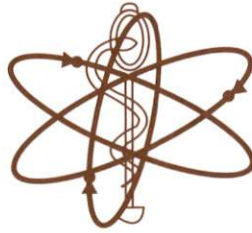
créativité


RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 051614006000058
111, Bd Anoual
Tel: 05 22 86 09 99 - Fax: 05 63 57 42 60



Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

Mr Bouchaib HAMRITI

Né(e) le : 01-01-1952

Dossier N° : 2306130072

Date de l'examen : 13-06-2023

Prélevé le : 13-06-2023 16:32 en interne

Edité le : 13-06-2023

DR :

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BIOCHIMIE SANGUINE

Urée [AC]

(Cinétique Urease/GLDH-Cobas 6000® - Roche)

0.35 g/l

5.83 mmol/l

(0.17-0.49)

(2.76-8.08)

18-04-2023

0.34

Créatinine [AC]

(Jaffé, Colorimétrie Cinétique- Cobas 6000® Roche)

12.9 mg/l

114.2 µmol/l

(7.0-12.0)

(62.0-106.2)

18-04-2023

10.5



Casablanca, le 14 Juin 2023

DR BENNOUNA HAMZA

MR. HAMRITI BOUCHAIB

COMPTE RENDU

ANGIO SCANNER THORACIQUE

Technique :

Acquisition volumique et reconstruction multi-planaire avant et après injection de produit de contraste, avec suivie de bolus.

Résultat :

- Cette étude met en évidence un défaut de rehaussement intéressant l'artère pulmonaire, lobaire supérieure droite, compatible avec une zone de thrombose.
- Bonne opacité par ailleurs du tronc de l'artère pulmonaire et des autres branches aussi bien à droite comme à gauche.
- Il n'y a pas de retentissement parenchymateux visible.
- Pas d'anomalie de densité parenchymateuse pulmonaire.
- Pas d'épanchement pleural.
- Il n'y a pas d'adénopathie médiastinale.

Conclusion :

- Défaut de rehaussement de la branche artérielle pulmonaire, lobaire supérieure droite, témoignant d'un thrombus à ce niveau. A confronter au bilan biologique.
- Pas de retentissement parenchymateux associé.

DR FARAJ HAMZA


RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Hamza FARAJ
RADIOLOGUE
111, Bd Anoual - Casablanca
Tél: 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00
Fax: 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00
Gsm: 06 63 57 42 60