

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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'Horizon
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

W21-833157

188234

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09397

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUDA, H EL MOUTARI

Date de naissance : 02/08/1967

Adresse : C78 NC 1 / BORD ALBAIDA -

BORD BOUAI - CHS EL ANASSER

Tél. : 00229 58582127 Total des frais engagés : 4046,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DE RADHI AMINE
Chirurgien
Polyclinique ATLAS
Tél : 0522.27.94.94
INPE : 091168534

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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.

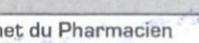
Fait à : Le :

"adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Détailé Horaires	Cachet et signature du N attestant le Paiement de
---------------------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/23	246,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>SERVICE RADIOLOGIE HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA INPE : 090063272 9 Bd. Chefchaouni Ain Sebba</p>	18/12/23	187 pelvicore	3509.00

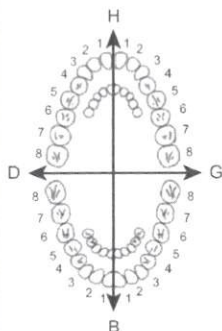
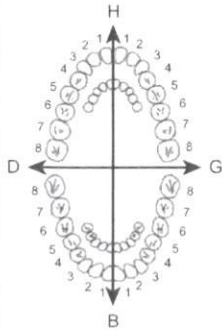
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														
					MONTANTS DES SOINS														
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														
					DEBUT D'EXECUTION														
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														
					FIN D'EXECUTION														
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;"> <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
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D —————	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> {Création, remont, adjonction} Montant des Honoraires </div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														
					MONTANTS DES SOINS														
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														
					DATE DU DEVIS														
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														
					DATE DE L'EXECUTION														
					<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>														

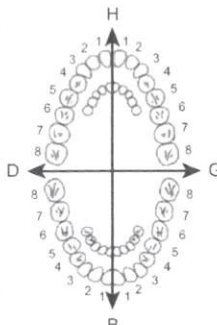
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
						
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>						
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Polyclinique Atlas
 13. 12. 23
ACCUEIL
 17, Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél: 0527 27 94 94
 L. O. DAGH ELHOSTAFA

- TRA pharynge

مصحة أطلس أنفا
POLYCLINIQUE ATLAS ANFA
 Oncologie & Diagnostic du Maroc
 (après en voir pour être de
 la sage aide en fer à cheval.

SERVICE RADIOLOGIE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBAÄ
INPE : 090063272
 279, Bd. Chefchaoueni Ain Sebaä

Polyclinique Atlas
ACCUEIL
 17, Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél: 0527 27 94 94

19/12/2023

Coelio - Chirurgie
 Chirurgie générale
 Chirurgie de l'obésité
 Chirurgie carcinologique

M^r LADAGH et NOSTAFA

74,80x 2

Ageflex 500g

(S.V)

1 gl x 2 l

48,50x 2

Tiberel 500g

(S.V)

1 p x 2 l

15 g

PHARMACIE LA PALMERAIE
 Mme Mendili Nezha
 Rés. Ennakhil Imm 23 Mag 2
 El Gds Sidi Bernoussi Cas
 Tél: 05 22 73 59 93

T = 246,60

Dr. RADHI AMINE
 Chirurgien
 Polyclinique Atlas
 Tél: 0522 27 94 94
 INPE: 021165534

Megaflor[®] 500 mg ○
10 Comprimés pelliculés

6 118000 070610

74,80

□□□

Megaflor[®] 500 mg ○
10 Comprimés pelliculés

6 118000 070610

74,80

□□□

Tibéral[®] 500 mg ⊗
10 comprimés pelliculés

6 118000 280231

N° D'AMM: 736/161MP/21/NRQ
LOT: 22120 PER: 09/2027
PPV: 48,50 DH

Tibéral[®] 500 mg ⊗
10 comprimés pelliculés

6 118000 280231

N° D'AMM: 736/161MP/21/NRQ
LOT: 22118 PER: 09/2027
PPV: 48,50 DH

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 18-12-2023

Facture N° 40257/23				C. Débiteur page 1/1			
A. Identification N° Dossier : HPC23L18103945 N° Identifiant : 105088/23 Nom & Prénom : M. LOUDAGH EL MOSTAFA C.I.N : BJ66370 Adresse : CASA				Organisme : Payant ICE : Adresse : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 18-12-2023 Date Sortie : 18-12-2023			
Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
RADIOLOGIE							
1	IRM PELVIENNE		3 500,00			3 500,00	
						3 500,00	
Total Rubrique :						3 500,00	
PARTIE CLINIQUE :						3 500,00	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 3 500,00	

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

SERVICE RADIOLOGIE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBAA
INPE : 090063272
279. Bd. Chefchaouni Ain Sebâa



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

• IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle • Dentascanner
• Mammographie Numérisée • Echographie générale • Echo Doppler • Radiologie Standard Numérique • Panoramique Dentaire Numérique
• Rachis Entier • Gonométrie • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner sur RDV

18/12/2023

PATIENT : **LOUDAGH EL MOSTAFA**

IRM PELVIENNE

INDICATION :

Bilan de surveillance d'une fistule anale

TECHNIQUE :

Séquence T2 dans les 3 plans de l'espace.
Séquence axiale diffusion.
Séquence axiale et coronale T2 Blade.
Injection de gadolinium en 3DT1 et en axiale T1 Dixon.

RESULTATS :

- Persistance au niveau du quadrant postérieur du canal anal, à 18h, d'un petit trajet fistuleux linéaire en fer à cheval, transphinctérien, en hypersignal T2 Fat Sat, hypersignal diffusion, rehaussé après injection de gadolinium mesurant 3,8mm de diamètre.
- Régression totale des collections ischioanale et périnéale comparativement à l'imagerie du 04/07/2023.
- Persistance d'une discrète infiltration de la graisse péri anale sans syndrome de masse ni collection notable.
- Absence d'épaississement pariétal digestif recto sigmoïdien.
- Vessie de bonne capacité sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Respect des vésicules séminales.
- Absence d'épanchement péritonéal notable.
- Absence d'adénopathie profonde de taille significative.
- Absence de lésion osseuse notable à l'étage exploré

CONCLUSION :

Comparativement à l'imagerie du 4/7/2023, On note la persistance d'un trajet fistuleux en fer à cheval latéralisée à gauche d'allure inflammatoire avec régression totale des collections ischio- anale des et périnéale précédemment décrites.

Merci de votre confiance.

DR KASSIMI