

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

- Reclamation : 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.

190616

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 87H1 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAKIL FOUAD

Date de naissance : 08/05/1968

Adresse : 59 RUE RAHAL BEN AHMED Roches Noires
CASABLANCA Apt n° 10

Tél. : 067 336119 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Medecin Commandant
Zakaria ILOUGHMANE
Professeur Assistant
En Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224277

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHAKIL FOUAD Age : 55

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 : / /

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
8/1/2024	C	Q		Médecin COMPARANDA Zakaria ILOUGHNANE Professeur Assistant Médecin Aéronautique PN - HMMV - RABAT 101224211

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
ANIBORI 10/1963	09.01.1960	X45	00005

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Chakir
Médecin Capitaine
Zakaria ILOUGHMANE
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224277
Echographie abdominale

Service SVD :

CR : cytolys hépatique)

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tel : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 22
Médecin Commandant
Zakaria ILOUGHMANE
Professeur Assistant
En Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 1024277
8-11-2024

Médecin Capitaine
Zakaria ILOUGHMANE
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224277

10/11/2024

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 09-01-2024

Facture N° 00668/24

C. Débiteur

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CAB24A09111949 N° Identifiant : 065273/24

Nom & Prénom : M. CHAKIL FOUAD

C.I.N : BJ80594

Adresse : 59 RUE RAHAL BEN AHMED ETG 2 APPT 10 R N

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie

Médecin traitant : DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Tél. : 05 22 41 63 63 Fax : 05 22 40 11 12	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE							
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINALE			500,00			500,00
							Total Rubrique : 500,00
							PARTIE CLINIQUE : 500,00
							0,00
							TOTAL GENERAL 500,00

CINQ CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél. : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

- IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Anglo-scanner / Anglo-IRM • Coloscopie virtuelle
- Dentascanner • Radiologie standard numérique • Echographie / Echo Doppler • Radiologie Interventionnelle • Coroscan sur RDV

09/01/2024

PATIENT : CHAKIL FOUAD

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

RESULTAT :

Le foie est de taille normale, d'échostructure homogène et sans lésion focale décelable.
La vésicule biliaire est à paroi fine et à contenu transonore, sans image lithiasique décelable.
Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques ou de la voie biliaire principale.
Tronc porte de calibre normal.
Pancréas masqué par le météorisme abdominal.
La rate est de taille normale et homogène.
Les deux reins sont de taille normale, bien différenciés avec conservation des index corticaux et sans dilatation des cavités pyélo-calicielles.
Absence d'épanchement péritonéal.
Vessie semi pleine, de contenu transonore.

CONCLUSION :

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalie.

Merci de votre confiance.

DR MEKKAOUI*

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://pacs.viebecab.ddns.net>
identifiant : HIS875181892633 Mot de passe : HIS65273