

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
- Preise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
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

W21-846147

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **BOUKARI MAJ**
 Date de naissance : **22/09/71**
 Adresse : **1 RUE DES LANGES N°18**
 Tél. : **0664000838** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **25/3/24**
 Nom et prénom du malade : **BOUKARI Stensi** Age : **17 ans**
 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 : **25/03/24** Le :
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHÉRENT

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25.3
24

45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

25/03/24 Angèle Samir

1500/ce

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

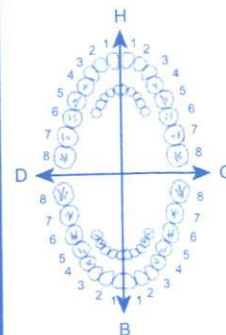
Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



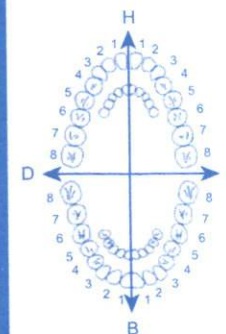
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PATIENT ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 25/03/24

Mme Bekkari Shamsi

Ultrason

200 ml



205

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerktouni
Angle Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél.: 05 22 88 11 11
ICE : 002458095000096

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerktouni
Angle Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél.: 05 22 88 11 11
ICE : 002458095000096

PHARMACIE ANQUAL
Angle Boulevard d'Anoual
Allée du Lion - Casablanca
Tél.: 05 22 86 11 20

Ultravist 300

(300mg d'iode / ml)
Iopromide
Solution injectable

Ultravist 300

Ultravist 300

(300mg d'iode / ml)
Iopromide
Solution injectable

1ml contient 0,623 g d'Iopromide
correspond à 300 mg d'iode / ml

A conserver à l'abri de la lumière,
à une température inférieure à 30°C

Tenir hors de la portée des enfants

Fabriqué par:

Bayer AG
Berlin - Allemagne

Bayer S.A.
Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
Marina Casablanca

AMN N°68/17 DMP/21/NRQ

RESPECTER LA DOSE PRESCRITE

Uniquement sur ordonnance
Liste II

Bayer



— 300 mg d'iode / ml
— 1 flacon de 100ml
— Voie Injectable

LOT

EXP

KT0L7A3

10.2026

Ultravist 300 mg/ml
100 ml de sol inj

Iopromide
P.P.V. : 415,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090495

Ultravist 300

(300mg d'iode / ml)
Iopromide
Solution injectable

Ultra

(300mg d'iode / ml)
Iopromide
Solution injectable

أولترا فيست 300

300 ملغ من اليود / مل
إيبروميد
محلول للحقن

1 مل يحتوي على 0,623 غ من الإيبروميد

أي 300 ملغ من اليود / مل

يحفظ بعيدا عن الضوء في درجة حرارة أقل

من 30 درجة مئوية

يحفظ بعيدا عن تناول الأطفال

100 ml

100 ml

100 ml



— 300 mg d'iode / ml
— 1 flacon de 100ml
— Voie Injectable



— 300 mg d'iode / ml
— 1 flacon de 100ml
— Voie Injectable



— 300 ملغ من اليود / مل
— 1 قارورة ذات 100 مل
— عن طريق الحقن

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 25/03/2024

Facture N° 1774/24

Nom patient : **BEKKARI SHEMSI**

Examen(s) réalisé(s) : **ANGIO SCANNER ABDOMINAL**

Montant : **1500 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CINQ CENTS DH**

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerktoni
Angle Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 06 22 88 11 11
06 66 20 74 92

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOU

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le , 25/03/2024

DR. FOUZIA DECUYPERE

MLLE. BEKKARI SHEMSI

COMPTE RENDU

ANGIO SCANNER ABDOMINAL

Technique :

- Acquisition hélicoïdale après injection de produit de contraste en bolus, avec reconstructions multiplanaires et MIP.
- Angioscanner réalisé dans le cadre d'une éventuelle embolisation.

Résultat :

- Présence d'une dilatation de la veine rénale gauche perméable en amont d'une sténose de son origine au sein de la pince aorto-mésentérique avec une distance AMS aorte mesuré à hauteur de D3 à 6.4mm avec un angle aorto-mésentérique mesurée à 21°.
- Il s'y associe une dilatation de la veine ovarienne gauche et d'une veine intercostale qui sont perméable avec dilatation variqueuse du cercle péri ovarien.
- Aorte abdominale sus et sous rénale ainsi que ses branches de division viscérale à savoir le tronc cœliaque, l'artère mésentérique supérieure et l'artère mésentérique inférieure et les artères rénales sont perméables, normo opacifiées, sans occlusion ou sténose significative décelable.
- Bonne d'opacification des veines sus hépatiques au temps veineux.
- Le foie est de taille normale, de contours réguliers, à rehaussement homogène, sans lésion circonscrite notable ou anomalie de perfusion notable.
- Le tronc porte est de taille normale, perméable.
- La veine cave inférieure est de calibre normal, perméable sans matériel endoluminal.
- Il n'existe pas de syndrome de masse.
- VB pleine, à paroi fine, homogène.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.

.../...

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

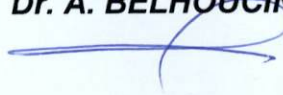
MLLE. BEKKARI SHEMSI

- Aspect et volume normaux du pancréas.
- Aspect normal de la rate, des surrénales et des reins. Les cavités pyélo-calicielles sont fines.
- Absence d'adénopathies coelio-mésentérique, para-aortique ou inter-aortico-cave.
- Aspect normal de la graisse péritonéale.
- Absence de distension des anses digestives.
- Absence de lésion osseuse suspecte décelable.

Conclusion :

- Aspect TDM d'une dilatation de la veine rénale gauche pouvant rentrer de la cadre d'un syndrome de la pince aorto-mésentérique responsable d'une dilatation variqueuse de la veine ovarienne homolatérale.

Dr. A. BELHOUCINE



Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 35343 Mot de Passe : 1008

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci-joint.

