

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-489859

N° D: 11577

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09 DEC 2010

ACCUEIL



[illegible][illegible]

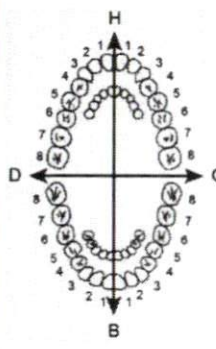
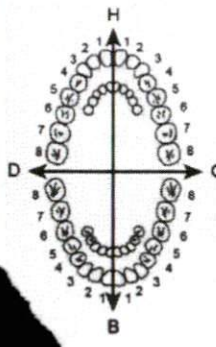
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

**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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<table><tr><td></td></tr></table>																																							
					MONTANTS DES SOINS	<table><tr><td></td></tr></table>																																							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<table><tr><td></td></tr></table>																																							
<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		MONTANTS DES SOINS	<table><tr><td></td></tr></table>													
H																																													
25533412	21433552																																												
00000000	00000000																																												
D	G																																												
00000000	00000000																																												
35533411	11433553																																												
B																																													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																													
					DATE DU DEVIS	<table><tr><td></td></tr></table>																																							
					DATE DE L'EXECUTION	<table><tr><td></td></tr></table>																																							

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Rabat, le : 15/11/19.

Docteur : .....

17. 7. 2021 Khenrichi  
Amlachur

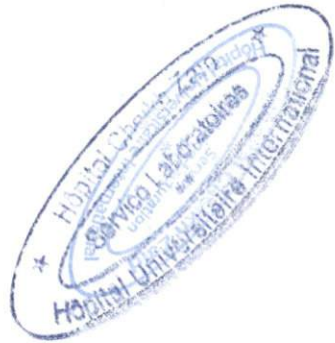
— Vnes — a

— dip —

CRP

Dep

-  $\Delta S = k_B$



**MAGI M. Ali**  
Service des urgences  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat



Rabat, le : 15/11/19

Docteur : .....

M. Tamsi Khanchichi  
Aboubekr



TDA A.P

(Re: Dab chab

Si Bafu flanc Mr?

[Signature]

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Quittance N°



2 104 273

IPP : 1 338 477 N° de dossier : U190019353 DI : 2 385 833

Patient : IDRISSE KHAMLIHI ABOUBAKR

Montant : 3 720,90 Dh (trois mille sept cent vingt et 90 / 100)

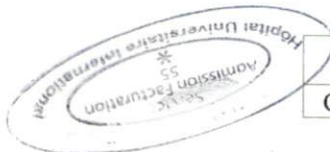
Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 9074

Date d'encaissement : 15/11/2019

Description : URG

Médecin :

Motif :



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1505778





## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2019/P/144803 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1338477 DATE ENTREE : 15/11/2019  
N ° DOSSIER : U190019353 DATE SORTIE : 15/11/2019  
NOM & PRENOM : IDRISSI KHAMLIHI ABOUBAKR DATE FACTURATION : 15/11/2019

### Detail Pharmacie

Description article	Prix u.	Quantite	Total
Autre			
COMPRESSE STER 10X10 S/5 12P STERIFIL (001)	2,61	1,00	2,61
INTRANULE G 22/25MM R:10007 POLYMED (001)	2,34	1,00	2,34
SPASFON 40 MG INJECTABLE (06)	5,50	1,00	5,50
CLOPRAME 10 MG AMPOULE (0010)	2,23	1,00	2,23
PARACETAMOL NORMON 1G INJ (01)	14,08	1,00	14,08
INTRANULE G 20/32MM R:10006 POLYMED (001)	2,34	1,00	2,34
KIT SCAN 2 (001)	394,47	1,00	394,47
SPARADRAP HYPO ALE URGOD 5mX20cm (001)	6,75	1,00	6,75
ACUPAN 20 MG INJECTA (005)	10,48	1,00	10,48
PERFUSEUR + ROBINET 3V MEHECO (001)	11,70	1,00	11,70

TOTAL Autre : 452,50

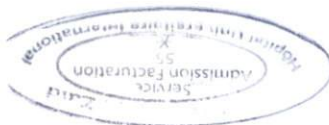
TOTAL : 452,50

Arrêtée la présente facture à la somme de  
trois mille sept cent vingt et 90 / 100

Total général : 3 720,90

Total encaissement : 3 720,90 Solde 0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD





## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2019/P/144803 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1338477 DATE ENTREE : 15/11/2019  
N ° DOSSIER : U190019353 DATE SORTIE : 15/11/2019  
NOM & PRENOM : IDRISSI KHAMLIHI ABOUBAKR DATE FACTURATION : 15/11/2019

### DESIGNATION DES PRESTATIONS

### PRIX UNITAIRE

### NOMBRE

### MONTANT DH

#### ACTES

CONSULTATION JOUR (URG) 300,00 1,00 300,00

TOTAL ACTES : 300,00

#### LABORATOIRES

CREATININE	B	30,00	40,20	1,00	40,20
C R P (PROTEINE C RECTIVE)	B	100,00	134,00	1,00	134,00
GLYCEMIE	B	30,00	40,20	1,00	40,20
LIPASE	B	100,00	134,00	1,00	134,00
NUMERATION FORMULE (GLOBULES ROUGES/BLANCS/PLAQUETTES)	B	80,00	107,20	1,00	107,20
TAUX DE PROTHROMBINE	B	40,00	53,60	1,00	53,60
TRANSAMINASES	B	100,00	134,00	1,00	134,00
TROPONINE	B	250,00	335,00	1,00	335,00
UREE	B	30,00	40,20	1,00	40,20

TOTAL LABORATOIRES : 1 018,40

#### IMAGERIE MEDICALE

TDM DEUX REGIONS 1 950,00 1,00 1 950,00

TOTAL IMAGERIE MEDICALE : 1 950,00

#### PHARMACIE

PHARMACIE 452,50

TOTAL PHARMACIE : 452,50

#### Honoraires Medecins

##### ALOUAT OMAR

TDM DEUX REGIONS 585,00 1,00 585,00

TOTAL ALOUAT OMAR : 585,00

##### IRAQI MOHAMED ALI

CONSULTATION JOUR (URG) 200,00 1,00 200,00

TOTAL IRAQI MOHAMED ALI : 200,00

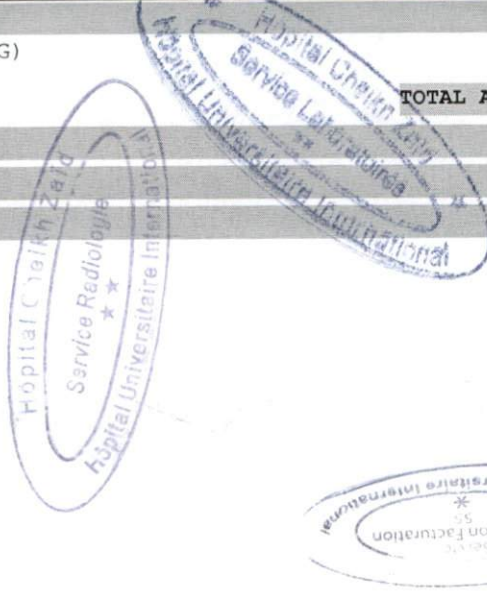
TOTAL Honoraires : 785,00



N° DE FACTURE : 2019/P/144803 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1338477 DATE ENTREE : 15/11/2019  
N ° DOSSIER : U190019353 DATE SORTIE : 15/11/2019  
NOM & PRENOM : IDRISSI KHAMLIHI ABOUBAKR DATE FACTURATION : 15/11/2019

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
CONSULTATION JOUR (URG)	300,00	1,00	300,00
TOTAL ACTES : 300,00			
LABORATOIRES			1 018,40
IMAGERIE MEDICALE			1 950,00
PHARMACIE			452,50



Arrêtée la présente facture à la somme de  
trois mille sept cent vingt et 90 / 100

TOTAL FACTURE	3 720,90
TOTAL ENCAISSEMENT	3 720,90
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD





IRM 1,5T - Scanner Spirale 128 barrettes - Echographie Doppler - Mammographie Panoramique Dentaire - Echographies 3D Temps Réel -  
Angiographie Numérisée - Radiographie Conventionnelle - Scintigraphies - Imagerie Interventionnelle

## Compte Rendu

IPP :	1338477	ID_Dossier :	U190019353
Patient :	IDRISSI KHAMLIHI ABOUBAKR	PEC :	PAYANT09
Date Examen :	15/11/2019 13:24:57	Etat CR :	Validé

## TDM ABDOMINOPELVIENNE

### 1 - Responsable du service : - R.C :

Pr. M. M. Cherkaoui

### 2 - Permanents :

Pr. F. Z. Gueddari

Pr. L. Hammani

Pr. N. Kabbaj

### 3 - Attachés :

Pr. A. El Qessar

Pr. I. Chami

Pr. L. Chat

Pr. M. Boujida

Pr. S. Bouklata

### 4 - Contacts :

+ 212 537 68 49 43

Accueil : 1406



12251084

Douleur du flanc droit

### - Technique :

Examen réalisé injection de contraste iodé avec reconstructions sagittales et coronales.

### - Résultat :

- Tuméfié et épaissi de millimètre de calibre de la graisse périappendiculaire.
- Les deux reins sont de taille normale avec des cavités pyélocalicielles fines sans image de lithiase.
- Les deux uretères sont bien opacifiés jusqu'à leur abouchement vésical sans calcul sur leur trajet.
- Foie de volume normal et de densité homogène.
- Voies biliaires intra et extra-hépatiques sont de calibre normal.
- Pancréas, rate et reins sont sans anomalie tomodynamométrique.
- Absence d'épanchement liquidien intra-péritonéal.
- Absence d'adénopathie intra-abdominale.
- Vessie de contenu liquidien à paroi régulière.
- Absence de masse abdominale ou pelvienne.
- Quelques calcifications mésentériques isolés au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite en rapport avec des ganglions calcifiés séquellaires.

### - Conclusion :

Aspect évocateur d'une appendicite aiguë à confronter aux contextes clinique et aux données du bilan biologique.

Dr. ALOUAT Omar  
Radiologue