

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

192191

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034202

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02538 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJJI BABA FOUAD

Date de naissance : 01/07/1951

Adresse : 28 Rue 9 juillet (ex Volney) Franceville (Cay)

Tél. : 0666731198 Total des frais engagés : 14.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/2024

Nom et prénom du malade : Berrado Becharoui Nayla Age : 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : chronique

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 : Casablanca Le : 25/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 Relevé des Actes                                                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23/01/24        | (voir facture)    | 1400                  |                                 | Clinique Ain Boudia<br>25, Boulevard Ibn Aïn Boudia<br>CASABLANCA<br>Tél: 05 22 41 63 63 - Fax: 05 22 40 11 12 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                |

### 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 |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

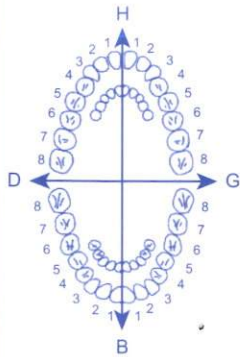
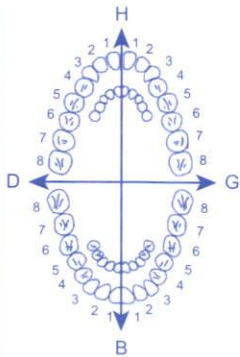
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :**

Veillez 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 |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         | DEBUT D'EXECUTION  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         | FIN D'EXECUTION    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                    |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
| DATE DU DEVIS                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |
| DATE DE L'EXECUTION                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |                    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le :

Facture N° 01850/24

## A. Identification

N° Dossier : CAB24A23090216

N° Identifiant : 066020/24

Nom &amp; Prénom : Mme BERRADA BADAOUÏ NOUZHA

C.I.N : B407805

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-01-2024

Date Sortie :

Médecin traitant : DR . ERRABOUN NAHID

Traitement :

| Qté                                        | Prestations  | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total    |
|--------------------------------------------|--------------|-------------|---------|------|------|----------|
| PRESTATIONS                                |              |             |         |      |      |          |
| 1                                          | CONSULTATION |             | 400,00  |      |      | 400,00   |
| 1                                          | ECG          |             | 200,00  |      |      | 200,00   |
| Total Rubrique :                           |              |             |         |      |      | 600,00   |
| RADIOLOGIE                                 |              |             |         |      |      |          |
| 1                                          | ECHO COEUR   |             | 800,00  |      |      | 800,00   |
| Total Rubrique :                           |              |             |         |      |      | 800,00   |
| PARTIE CLINIQUE :                          |              |             |         |      |      | 1 400,00 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :      |              |             |         |      |      | 0,00     |
| Arrêté la présente facture à la somme de : |              |             |         |      |      |          |
| TOTAL GENERAL                              |              |             |         |      |      | 1 400,00 |

MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

Clinique Aïn Borja  
25, Boulevard Ifni Aïn Borja  
CASABLANCA ②  
Tél: 05 22 41 63 63-Fax: 05 22 40 11 12





## Compte rendu ECHOCARDIOGRAPHIE

Nom et prénom: BERRADA BADAOUI nouzha

- VG non dilaté , non hypertrophié PP : 10 mm, DTD :10mm, de bonne contractilité globale et segmentaire, de bonne fonction systolique FE=62%
- Oreillette gauche non dilatée libre d'écho SOG : 15 cm<sup>2</sup>
- Profil mitral : Trouble de relaxation type I
- Valve mitrale remaniée sans sténose ni fuite mitrale significative.
- Valve aortique légèrement remaniée, sans sténose ni fuite significative.
- VD non dilaté, non hypertrophié de bonne fonction systolique TAPSE=18mm, S'VD=14cm/s.
- Pas d'IT exploitable.
- Epanchement péricardique minime de 2 mm en latéro VD.

### **AU TOTAL :**

- **VG non dilaté , non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire, de bonne fonction systolique FE=63% . PRVG normales.**

**Oreillettes non dilatée**

**Pas de valvulopathie significative.**

**VD non dilaté de bonne fonction systolique longitudinale.**

- **Epanchement péricardique minime de 2 mm en latéro VD.**

**Dr NAHID ERRABOUN**

*Dr Nahid Erraboun*  
Cardiologue  
Tél: 05 22 41 63 63  
GSM: 06 99 13 03 22



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

19/01/2024

## MME BERRADA BADAoui NOUZHA

ECG + Echographie Cardiaque

Evaluation cardiaque d'une patiente suivie pour CPC poumon traité par RCC, en rechute avec épanchement péricardique minime.

Patiente candidate à une chimiothérapie.

Centre International  
d'Oncologie Casablanca  
Dr Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casa  
Tél : 05 22 77 81 81

Clinique Ain Borja  
25, Boulevard Ibn el Ain Borja  
CASABLANCA ②  
Tél: 05 22 41 11 12 - Fax: 05 22 41 11 12

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : [info@ciocasablanca.ma](mailto:info@ciocasablanca.ma)

Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

PATIENT : Mme  
BERRADA BADAOU  
NOUZHA

N° DOS :  
CAB24A23090216  
Sejour : Du 23/01/2024 à  
23/01/2024  
MT : Dr. ERRABOUN  
NAHID



Reçu N°: 132135

Palement du 23/01/2024 09h05

Actes

- ECHO COEUR

Montant

1 400,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : JENJARE SAMYA Le 23/01/2024 09