

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

- 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'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

Déclaration de Maladie

N° W21-600614

101365

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1346 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI FATIHA ép ZAHIR

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 16 Rue Ahmed Elgazidi lot Emeraude champs de course FES

Tél. : 0660946970 Total des frais engagés : 2150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : *Maladie de sein*

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 : RABAT Le : 10 / 01 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-600614

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire TAGENOUAH Radiologie Médicale Algérie Tél.-05.35.65.43.38/37 - Fax:05.35.65.46.14 01686548000048	05/01/22	B608	200,00M
	05/01/22	1282	1150,00

[illegible]

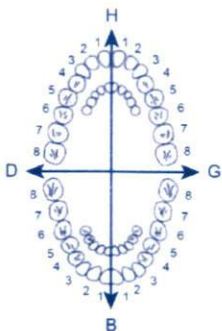
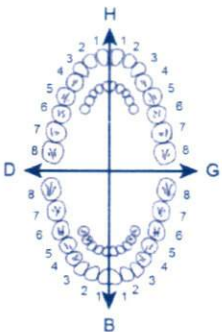
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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 ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE - ONCOLOGIE

Secrétariat médical

Adresse mail

Standard

05 37 73 40 40

Fax :

Rabat,

Mme.Mr

CA 15-3

Vitamin D2-D3

CA 15-3
Vit D₂-D₃

مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire TAGEMOUATI d'Analyses Médicales
Drocteur Raja TAGEMOUATI
Tél.-05.35.65.43.38/37 Fax:05.35.65.46.14
ICE:001686548000048-INPE:143001824

Pr A.

Pr A.OUHAJJOU

Centre d'Etude et de Recherche
Radiationnelle en Oncologie
D.R. GUHAJIOU
Tel: 01 37 28 10 80
Fax: 01 37 28 10 80
E-mail: congejo-obsen@niclarama.inp.fr
INP : 101116853

14, Angle rue Idrissi Al Azhar & rue Ouazzane - Hassan - Rabat - Tél : Tél : 05 37 20 11 00 (4 LG) 05 37 73 40 40 (10 LG) - Fax : 05 37 20 10 80 - الرباط - الحسن - الأزهري ونقة ووزان

le 03/11/2012

Rahmani Fatima

echo ma o-p-ple
man air

RS. Bil de cathodi
d-CCI ch se

Dr. A. OUHAJJOU
15, Av. Lalla Meryem s/s Allom Wark
1er Etage - FES - Tél. 05 35 65 42 74
Fax 05 35 94 25 71 - INP 141064139

Dr. A. OUHAJJOU
RADIOTHERAPIE ONCOLOGIE
Centre Oncologie
Tél. 05 35 65 42 74
Fax 05 35 94 25 71
E-mail: ouhajjouabdelhak@gmail.com
INP 141064139

Secrétariat médical : L.D. 05 37 73 05 84

Sein et Gynéco, Prostate, Poumon, Colon et autres

Dr. A. OUHAJJOU

RADIOThERAPIE - ONCOLOGIE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Professeur du CHU et de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ex. médecin de l'Institut Curie et de l'Institut Gustave Roussy - Villejuif

Secrétariat médical

L.D. 05 37 73 05 84

Adresse mail

ouhajjou-abdelhak@menara.ma

Standard

05 37 20 11 00

05 37 73 40 40

Fax :

05 37 20 10 80



CENTRE D'ONCOLOGIE

AL AZHAR

Rabat, le

03/11/2022

Mme.Mr.

Bahmani Fatih

Radio pulmonaire F

Echographie abdominopelvienne

R.C. :

Bel de cabel
Dr. C. C. C.

Pr A.OUHAJJOU

Dr. A. OUHAJJOU
15, Av. Lalla Meriem Rce Al Imam Malik
1er Etage - FES - Tél. 05 35 65 42 74
Fax 05 35 94 25 71 - INP 141064139

Dr. A. OUHAJJOU
RADIOThERAPIE - ONCOLOGIE
CENTRE D'ONCOLOGIE
AL AZHAR
E-mail : ouhajjou@menara.ma
Tél. : 05 37 20 11 00 (4 L.G.)
IN.P. : 107176833
Fax : 05 37 20 10 80

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC - ECHOGRAPHIE - SCANNOGRAPHIE

Docteur Said FASSI FIHRI

Patente : 13111315 -IF : 15407933 -CNSS : 2216580

ICE :001686464000085 - INPE : 141064139

FACTURE N° 53/2022

Fes le 05/01/2022
Nom et prénom : RAHMANI FATIHA
Médecin prescripteur DR A.OUHAJJOU

Acte de radiologie demandé	Cotation (Z)
MAMMOGRAPHIE+ECHOGRAPHIE MAMAIRE	67
RX THORAX F	17
ECHORGHAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE	44
Total du (Z)	. Z128
Montant en DH	1 150,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT CINQUANTE DIRHAMS


Dr. SAID FASSI FIHRI
15, Av. Lalla Meryem - Rés. Al Imam Malik - 1er Etage (Prés Gde Mosquée Al Imam Malik), FES
Tél: 05.35.65.42.74/75 - Fax: 05.35.94.25.71 - GSM: 06.61.13.46.90 - Email: fassimedsaid@menara.ma
Boite 4274
INPE 141064139

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES
Docteur RAJAE TAGEMOUATI

IF: 15407936 -- PATENTE: 13111311 -- CNSS: 2139899
INPE: 143001824 -- ICE: 001686548000048

FES LE: 05/01/2022

FACTURE N° 0045/22

Médecin	Docteur A.OUHAIJOU
Nom du patient	MME RAHMANI FATIHA
Examens	- CA15_3- VITD3
Cotation	B 608
Montant	700,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: SEPT CENT DIRHAMS

مختبر التاجمواتي للتحاليل الطبية
~~Laboratoire TAGEMOUATI d'Analyses Médicales~~
~~الدكتور راجع التاجمواتي~~
~~Docteur Raja TAGEMOUATI~~
~~Tél.: 05.35.65.43.38/37 - Fax: 05.35.65.46.14~~
~~ICE: 001686548000048 - INPE: 143001824~~

15, Avenue Lalla Meryem. Rés AL Imam Malik. 1er Etage. FES(V.N)

Tél: 05.35.65.43.37/38. Fax: 05.35.65.46.14

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJA TAGEMOUATI

Médecin Biologiste

Spécialiste en Hématologie, Bactériologie, Biochimie

Immunologie, et Parasitologie

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

Prélèvement du : 05/01/2022

Résultats édités le: 06/01/2022

Prescripteur: Docteur A.OUHAIJOU

MME RAHMANI FATIHA

Dossier N° 12K1092

Page: 1/1

MARQUEURS TUMORAUX (SUR AUTOMATE ACCESS 2)

*** DOSAGE DU CA 15-3**

Résultat: **9,86 UI/ml**

Valeurs de référence

Inf à 30,0 UI/ml

Antécédent du 28/06/21 - 09:55 : 11,09 UI/ml

VITAMINES (SUR AUTOMATE VIDAS)

VITAMINE D : 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL

Technique:Immunoenzymatique (ELFA)

Résultat: **45,5 ng/ml**

Antécédent du 28/06/21 - 09:55 : 41,6 /

Niveau	Plage	ng/ml
Carence	< 20	
Insuffisant	20-29	
Suffisant	30-100	
Toxicité potentielle	> 100	

Total de pages: 1

LABORATOIRE TAGEMOUATI
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Raja TAGEMOUATI
15, Av. Lalla Meryem, Rés. Al Imam Malik, 1er Etage - FES
Tél: 05 35 65 43 37 / 05 35 65 43 38
I.N.P.E. 143001824 - I.C.E. 001686548000048
Email: Lab_tag@outlook.fr



الدكتور سعيد فاسي فهري
Dr. Saïd FASSI FIHRI

Fès , le 05/01/2022

PATIENT : Mme. RAHMANI FATIHA
MEDECIN TRAITANT : DR A. OUHAJJOU
EXAMEN DEMANDÉ : MAMMOGRAPHIE+ECHOGRAPHIE MAMAIRE

Compte Rendu

Tout en vous remerciant de la confiance dont vous nous témoignez, veuillez trouver ci-joint, le compte rendu de l'examen Echo-Mammographique.

- Seins clairs asymétriques en raison de l'intervention sur les 2 seins.
- Absence de distorsion suspecte des travées conjonctives.
- L'examen à la loupe ne retrouve pas de microcalcifications suspectes.
- Macrocalcifications connues au niveau des deux seins.
- Le liseré graisseux sous cutané est partout régulier.
- L'échographie de complément ne met en évidence aucune lésion focalisée solide ou liquide à caractère évolutif.
- Creux axillaires libres.

Conclusion :

Mammographie normale superposable à la précédente :
Aucune lésion focalisée solide ou liquide à caractère évolutif en faveur d'une récurrence.

Signé
Dr Saïd Fassi Fihri
5, Av. Lalla Meryem Résidence Al Imam Malik 1^{er} Etage (Près Gde Mosquée Al Imam Malik) - Fès
Tél.: 05.35.65.42.74 / 75 - Fax : 05.35.94.25.71 - GSM : 06.61.13.46.90 - E-mail : fassimedsaid@menara.ma



الدكتور سعيد فاسي فهوري
Dr. Saïd FASSI FIHRI

Fès , le 05/01/2022

PATIENT : MME RAHMANI FATIHA
MEDECIN TRAITANT : DR A. OUHAJJOU
EXAMEN DEMANDÉ : RX THORAX F

Compte Rendu

Tout en vous remerciant de la confiance dont vous nous témoignez, veuillez trouver ci-joint, le compte rendu de l'examen radiologique.

- Squelette osseux de texture normale.
- Index cardio-thoracique habituel, sans anomalies de contours.
- Culs de sacs pleuraux libres.
- Absence de foyer pleuro-parenchymateux d'allure évolutive.

Signé
Dr Saïd FASSI FIHRI

Stamp: Dr Saïd FASSI FIHRI
15, Av. Lalla Meryem Résidence Al Imam Malik 1^{er} Etage - Fès
Tél.: 05.35.65.42.74 - Fax: 05.35.94.25.71 - GSM: 06.61.13.46.90 - E-mail: fassimedsaid@menara.ma



الدكتور سعيد فاسي فهوري
Dr. Saïd FASSI FIHRI

Fès , le 05/01/2022

PATIENT : MME RAHMANI FATIHA
MEDECIN TRAITANT : DR A. OUHAJJOU
EXAMEN DEMANDÉ : ECHORGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

Compte Rendu

Tout en vous remerciant de la confiance dont vous nous témoignez, veuillez trouver ci-joint, le compte rendu de l'examen échographique.

Echographie abdomino-pelvienne :

- Foie de dimensions normales, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Vésicule biliaire alithiasique, à paroi mince.
- Voies biliaires non dilatées.
- Tronc porte perméable.
- Pancréas (tête et corps) sans anomalies.
- Rate sans particularités.
- Reins de dimensions normales, de contours réguliers et d'échostructure habituelle.
- Index cortical satisfaisant.
- Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- À signaler un kyste de 35 mm cortical du rein gauche.
- Absence d'épanchement liquidien intra-péritonéal ou d'adénopathies profondes.
- Vessie de contenu anéchogène pur, à paroi mince.

Conclusion :

Echographie abdomino-pelvienne normale.

Signé
Dr Saïd Fassi Fihri
15, Av. Lalla Meryem Résidence Al Imam Malik 1^{er} Etage - Fès - 34000
Tél : 05 35 65 42 74 - Fax : 05 35 94 25 71 - GSM : 06 61 13 46 90 - E-mail : fassimed Said@menara.ma