

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-697337

108 005

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 6640 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAÏB
Date de naissance : 26/01/1960
Adresse : Rue 39, N° 45/47, LAYMOUN2
CASA BLANCA
Tél. : 0540312716 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

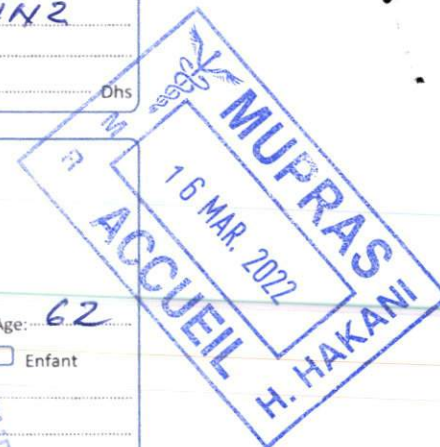
Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : CMR EL IBRAHIMI Mohamed
5 bis, Rue Ibnou Babik
Quartier Racine - Casablanca
Tel : 05 22 22 94 91 23
Date de consultation : 14/03/2022
Nom et prénom du malade : Age : 62
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : TOURBY BOUCHAÏB
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 : CASA BLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 16/03/2022



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

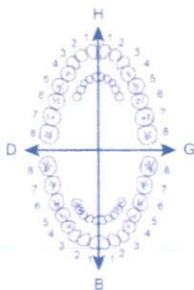
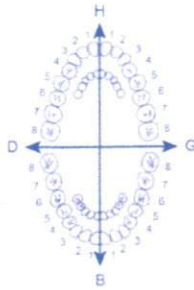
4 Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table> MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table> FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>05533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</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		05533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table> MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table> DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>						
H																								
05533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D																								
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 5113
UT. AV : 11-24
P.P.V : 36 DH 40

Consultations :
Pneumophtisiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

سوطيما
sothema

LOT 220203
EXP 01 24
PPV 117.10 DH

LOT 220203
EXP 01 24
PPV 117.10 DH

agnostique
nelle
inclinique
rigide

سوطيما
sothema

الدركتور محمد البراقصي
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

الدركتور ع. ناصري
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue

Vignette
فستار
6/100
ميكروغرام / جرعة
FOSTER
100/6
mcg/dose
PPV=387DH00

Casablanca le 15/03/2022

Monsieur TOURBY Bouchaib

117.10x2
olipen 500: 2sx2/j x 08j

SV

36.40
Kopred 20: 3cp le matin 03j puis 2cp le matin x 05j

SV

euzol 20: 1 le soir

Foster poudre seche : 1 inh x2/j (N°2)

SV

387.00x2
Prendre rendez-vous sur : casasouffle@gmail.com

CMR EL IBRAHIMI Mohammed
5 bis, Rue Ibnou Babik
Quartier Racine Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

T = 1044.60

PHARMACIE DES SCIENCES
Centre Commercial Laimoun II
CASABLANCA
Tél : 022 99 48 14

Vignette
فستار
6/100
ميكروغرام / جرعة
FOSTER
100/6
mcg/dose
PPV=387DH00

Consultations :

Pneumophthysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique

Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilling
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique

et interventionnelle
Fibroskopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthysiologue

14/03/2022

Mr. TOURBY BOUTHAÏB

-J'ai scanné l'horoscope

CMR EL IBRAHIMI Mohamed
5 bis, Rue Ibnou Babik
Quartier Racine Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

F A C T U R E

N° 31 849 / 2022 du 14/03/2022

Nom patient : **TOURBY BOUCHAIB**

Entrée 14/03/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/03/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Scanner thoracique	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total 1 500,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 500,00				1 500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 66
E-mail: www.hok-fck.ma



CASABLANCA, le 14/03/2022

PATIENT

: **TOURBY Bouchaib**

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE : Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spiralé, avec injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

RESULTATS :

→ **L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :**

- Absence d'image en verre dépoli
- Epaississement des deux coiffes pleurales séquellaire.
- Micro nodule calcifié du lobe moyen, séquellaire.
- Absence de nodule parenchymateux suspect.
- Absence d'épaississement ou de dilatation des bronches.

→ **L'analyse en fenêtres médiastinales :**

- Absence d'épanchement pleural liquidien.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

CONCLUSION :

Comparativement à l'examen du 16/12/2021

Aspect TDM thoracique sans anomalie évolutive.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr MAHI**

Dr. MAHI M. (F.14.11) M.D. (F.14.11)
Professeur en Radiologie
Hôpital Universitaire
diagnostique et interventionnel
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Casablanca