

# 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 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 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

M22- 0009550

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1608 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. TALIB Aicha  
Date de naissance : 1952  
Adresse : Rue Ahmed Kadmiri Res Nadi Apt 13 Casablanca  
Tél. : 06.63.08.28.95 Total des frais engagés : 538,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.06.2023  
Nom et prénom du malade : Talib Aicha Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleur dentaire etc  
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 : 16/06/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
16/06/2023	C2	2000	12000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/23	38,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16/06/2023		Rx dentelle	3000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

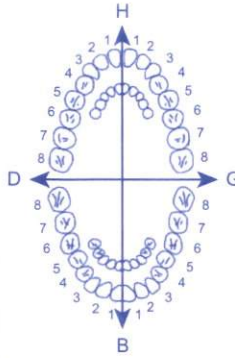
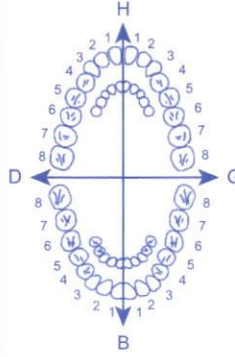
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

# 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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr SENNOUNE BILAL

Spécialiste

Traumatologie - Orthopédie

- Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)
- Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main
- Chirurgie du rhumatisme
- Chirurgie de l'appareil locomoteur
- Expertise médicale

# الدكتور السنون بلال

أخصائي

علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس V)
- جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...
- جراحة بالمنظار
- جراحة اليد
- جراحة الجهاز العظمي
- جراحة الروماتيزم
- الخبرة الطبية

Casablanca, le 10/06/2023 : الدار البيضاء، في  
Mr(Mme) Aicha : السيدة (ة)

(I) - Agifen gel

38.80 1 Ap x 2/1 p 10

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77 Rue Al Bachir Laâlaï  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 98 06 - ICF 00151310000014

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77 Rue Al Bachir Laâlaï  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 98 06 - ICF 00151310000014

Dr. Bilal SENNOUNE  
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDISTE  
213, Angle Anoual/Abdelmoumen  
Res Anoual Capital Center 1er Etage - Casablanca  
Tél: 05 22 23 06 23/06 54 35 78 79

Résidence anoual capital center

Angle Bd anoual / abdelmoumen  
Porte C (213) 1<sup>er</sup> étage

Tél: 0522230623

GSM: 0654357876

Mail: orthopedie.sennoune@gmail.com

إقامة أنوال كابيتل سنتر

ملتقى شارع أنوال / عبد المومن

باب س (213) الطابق الأول



# أجيفين

هلام مضاد للالتهابات و الآلام

للاستعمال الموضعي

إيبيروفين بنسبة 5 ٪ - أنبوب بسعة 50 غ.

## التركيبة :

إيبيروفين.....5غ

مسوغات كافية ل.....100غ

(هيدروكسيبتيل سيليلوز، هيدروكسيد الصوديوم،

كحول بنزلي، كحول إيزوبروبيلي، ماء مصفى).

## الشكل الصيدلي :

هلام للاستعمال الموضعي.

إن هذا الدواء الهلامي له نشاط موضعي مضاد للالتهاب و مسكن للآلام.

## حالات الاستعمال :

ينصح باستعمال هذا الدواء بالنسبة للبالغين للعلاج

الموضعي المتعلق بالأمراض التالية :

- العلل الرثوية : الرثية العضلية و الانفتال : الآلام القطنية،  
التهاب حول مفصل الكتف، ألم العظم الإسكي، التهاب  
الأوتار و الغمد الوتري و الجراب المصلي و الأربطة  
و المحفظة المفصالية.

- الأمراض الانحلالية كفصال الأعضاء و العمود الفقري؛  
- الآلام الناتجة عن النشاط الرياضي أو عن حادثة كالرضوض،  
الوثر، التواء المفاصل.

## حالات عدم الاستعمال :

- المرأة الحامل ابتداء من الشهر السادس

- المرأة المرضعة

- حساسية ناتجة عن الإيبيروفين و المواد المشابهة له  
كالأسبرين ومضادات الالتهاب الغير الأسترويدية

- حساسية لأحد المسوغات وبالأخص لKحول البنزلي  
- الجلد المصاب بجروح أيا كان نوعها : الجروح الناضجة،  
إكزيمه، الجروح المتعفنة أو الحروق.

## تحذير :

- لا يجوز دهن الأغشية المخاطية أو الأعين بهذا الدواء  
- ظهور الطفق الجلدي إثر استعمال الهلام يستدعي التوقف  
الفوري عن العلاج.

## احتياطات الاستعمال

- إن هذا الدواء الهلامي مخصص للبالغين (15 سنة أو أكثر).
- يجب وضع الهلام على المكان المؤلم فقط
- يمنع استعمال الدواء تحت ضماد مغلق
- ينصح بغسل اليدين بعد كل استعمال
- من الضروري استشارة الطبيب في حالة انعدام أي تحسن.

## التفاعلات مع الأدوية الأخرى :

حتى تتمكنوا من تفادي أي تأثير محتمل للعديد من الأدوية،  
يتعين عليكم إخبار طبيبك أو صيدليكم بأي علاج آخر  
تستعملونه  
يمكن في حالات خاصة، أن يصف الطبيب هذا الدواء  
للمرأة الحامل. في هذه الحالة ي  
الطبية.

## المقادير و كيفية الاستعمال

استعمال موضعي 3 مرات في  
أعملوا على نفاذ الهلام عن ط  
المؤلمة أو الملتهبة.

## الآثار الغير مرغوب فيها :

- آثار محلية جلدية نادرة كاحمرار الجلد أو الحكه.
- يمكن في حالات استثنائية حدوث تفاعلات  
حساسية جلدية، تنفسية أو عامة.
- يتعين عليكم إيقاف العلاج على الفور و إخبار طبيبك.

## المنصف العلاجي للدواء :

مضاد للالتهاب غير أستيريدي محلي (M: نظام تحركي).

## الصيانة :

- يتعين عليكم ألا تستعملوا هذا الدواء بعد تاريخ انتهاء  
الصلاحية المشار إليها على العبوة الخارجية للدواء.
- يحتفظ بهذا الدواء في مكان لا تتعدى حرارته 30 درجة  
مئوية.

## معهد الصيدلة

طريق ثانوية 203، طريق عكراش، أم عزة  
11 850 عين العوده ناحية الرباط، المغرب.



LOT : 553  
PER : OCT 2025  
PPV : 38 DH 80

- Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)
- Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main
- Chirurgie du rhumatisme
- Chirurgie de l'appareil locomoteur
- Expertise médicale

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس V)
- جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...
- جراحة بالمنظار
- جراحة اليد
- جراحة الجهاز العظمي
- جراحة الروماتيزم
- الخبرة الطبية

Casablanca, le : ..... 16-06-2023 ..... : الدار البيضاء، في

Mr(Mme) : ..... السيد(ة) : TALEB AICHA

## Compte rendu radiographique

### Radiographie cheville droite face profil

- Absence de lésion osseuse
- Profil articulaire normal

**DR. BILAL SENNOUNE**  
**TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDISTE**  
213, Angle Anoual / Abdelmoumen  
Res Anoual Capital Center 1er étage - Casablanca  
Tél: 05 22 23 06 23 / 05 54 35 78 70

# Dr SENNOUNE BILAL

**Spécialiste**

**Traumatologie - Orthopédie**

- Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)
- Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main
- Chirurgie du rhumatisme
- Chirurgie de l'appareil locomoteur
- Expertise médicale

**الدكتور السنون بلال**

**أخصائي**

**علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل**

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس V)
- جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...
- جراحة بالمنظار
- جراحة اليد
- جراحة الجهاز العظمي
- جراحة الروماتيزم
- الخبرة الطبية

Casablanca, le : ..... 16-06-2023 ..... : الدار البيضاء، في

Mr(Mme) : ..... السيد(ة) :  
TALEB AICHA

**Note d'honoraire**

**Radiographie cheville droite face/profil**

**300,00dh**

**Trois cent dirhams**

ICE:001639418000015  
IF:14481551

DR Bilal SENNOUNE  
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDISTE  
Rés Anoual Capital Center 1er étage Casablanca  
Tél: 05 22 23 06 23 / 06 54 35 78 76  
GSM: 06 54 35 78 76

**Résidence anoual capital center**

**Angle Bd anoual / abdelmoumen  
Porte C (213) 1<sup>er</sup> étage**

**Tél: 0522230623**

**GSM: 0654357876**

**Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com**

**إقامة أنوال كابيتل سنتر**

**ملتقى شارع أنوال / عبد المومن  
باب س(213) الطابق الأول**