

## 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° W21-829619

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11990 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AMINE NAJOUA  
 Date de naissance : 27/02/1980  
 Adresse :  
 Tél. : 06 61 132 143 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Amine Najoua Age :  
 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP n° : A-A-215/2019

### 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 - 5ème 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/11/2023      | Se                |                       | 300,00                          | INP : 09/11/23   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |
|--|----------|---------------------------------|------------------------|
| RADIOLOGIE MOHAMMEDIA<br>Dr SLIMANI & Dr BELEFQEN<br>Av Abderrahmane Serghini<br>Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 45 | 23/11/23 | Re Racho Envol<br>R Racho Envol | 55000                  |
|  |          |                                 |                        |
|  |          |                                 |                        |
|  |          |                                 |                        |
|  |          |                                 |                        |
|  |          |                                 |                        |
|  |          |                                 |                        |
|  |          |                                 |                        |
|  |          |                                 |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 | INP : <input type="text"/>  |  |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---|--|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |
|                 |                |                  |             |   |  |

  

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr Lamia Bouazzaoui**

**RHUMATOLOGUE**

Médecin Spécialiste des Maladies des Os  
des Articulations de la Colonne Vertébrale  
et des Maladies Rhumatismales  
Echographie Ostéo-articulaire



**الدكتورة لمياء بوعزاوي**

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام  
والمفاصل وأمراض الروماتيزم  
الفحص بالصدى

Mohammedia, le 27/11/23

Amr  
Aljoudi

R. de R. Aljoudi  
F+P

R. de R. Aljoudi  
F+D

Dr. Lamia Bouazzaoui  
Rhumatologue  
Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,  
Appartement 5 - Mohammedia - Tél.: 0523 32 77 85  
Urgences: 0677 83 20 85 - Email: lamia.bouazzaoui@gmail.com

Dr Lamia Bouazzaoui  
Rhumatologue  
Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,  
Appartement 5 - Mohammedia - Tél.: 0523 32 77 85

Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,

شارع اسفي اقامة اسماعيل - الشقة 5

Appartement 5 - Mohammedia - Tél.: 0523 32 77 85 - الهاتف -

البريد الإلكتروني: lamia.bouazzaoui@gmail.com - Email - المستعجلات: 0677 83 20 85 - Urgences:



# CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)  
CES de radiologie & diplôme en échographie  
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)  
Ex. Attaché au C.H.U de (Nancy - France)

Mohammedia, le 28/11/2023

Facture N°2023/11.1171

Nom patient : AMINE NAJOUA

Examen(s) réalisé(s) : RX/ DU RACHIS CERVICAL F/P  
RX/ DU RACHIS LOMBAIRE F/P

Montant : Cinq cent cinquante (550 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENT CINQUANTE DH**

**REGLEMENT : ESPECES**

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA  
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH  
Av Abderrahmane Serghini  
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 46



# CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉE (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H. Nouredine (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)  
CES de radiologie & diplôme en échographie  
Ex. Attache au chu (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)  
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)  
Ex. Attache au chu de (Nancy - France)

Mohammedia , le 28/11/2023

PATIENT : AMINE NAJOUA

MEDECIN : DR BOUAZZAOUI

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX/ DU RACHIS CERVICAL F/P + RACHIS LOMBALIRE**  
**F/P**

## COMPTE RENDU

### 1 - RADIOGRAPHIE NUMERISEE DU RACHIS CERVICAL F+P

- Minéralisation normale de la trame osseuse avec présence d'une cervico-discarthrose minime élective en C6-C7, apparaissant sous forme d'un discret pincement discal et d'une ébauche d'ostéophytose marginale et antérieure.
- Intégrité des pédicules, du mur vertébral postérieur et de la hauteur des autres disques.
- Pas d'anomalie transitionnelle de la charnière cervico-occipitale.

### 2 - RADIOGRAPHIE NUMERISEE DU RACHIS LOMBALIRE F+P

- Minéralisation normale de la trame osseuse avec absence de lésion somato-discale évidente décelable.
- Intégrité des pédicules, du mur vertébral postérieur et de la hauteur des différents disques.
- Pas d'anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée.

En vous remerciant de votre confiance

RADIOLOGIE MOHAMMEDIA  
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH  
Av. Abderrahmane Serghini ①  
Tél : 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 45