

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 000516

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0232 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAMOUH RAHAL / 199602  
Date de naissance : 01/01/1940  
Adresse : HAYELHANA RUE 25 ms 5 CASA  
Tél : 0620089927 Total des frais engagés : 1502,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations  
City Office - Bureau A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Hassan, Lot 58  
Bordj Boussaid - Casablanca - Tél : 0522 82 38 88/95

Date de consultation : 12/03/2024  
Nom et prénom du malade : Samouh Rahal Age : 84  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Oedème malin Goutte  
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 : CASA

Le : 19/03/2024

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 - 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

# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/3/24         | B                 |                       | 300,00                          | Dr. Houba IBN ABDELJALIL<br>RHEUMATOLOGUE<br>Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations<br>City Office - Casablanca - 1 <sup>er</sup> etg. Quartier Almassara Lot 58<br>Hay Hassani - Casablanca - Tél : 0522 89 38 88/95 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE HAY EL HANA<br>Km. 7 KRI Soumia<br>Marché El Hana Hay El Hana<br>Tél : 05 22 94 67 43<br>Fax : 05 22 93 83 32 | 14.03.24 | 208,10                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| RADIOLOGIE HAY EL HANA<br>Boulevard Communal Route de Zemmour<br>Bd. Sid el Mekki<br>Tél : 05 22 98 10 10/95 22 90 07 07<br>Fax : 05 22 93 37 13 | 13.03.24 | 200                          | 1000,00                |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

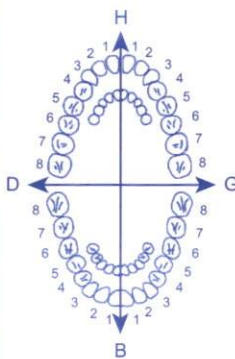
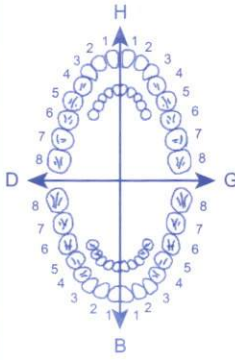
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

Veuillez 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 <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                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | 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. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Dr. N. Faris**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

**Casablanca , le 13/03/2024**

**PATIENT : Mr. SAMOUH RAHAL**  
**MEDECIN TRAITANT : DR IBN ABDELJALIL**  
**EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHO DOPPLER VEINEUX M.I**

**Cher Docteur,****Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.****ECHO. DOPPLER VEINEUX DU M.I.G**

- ❖ Perméabilité du réseau veineux profond du membre inférieur gauche.
- ❖ La veine cave inférieure est libre.
- ❖ Les veines grandes et petite saphènes présentent un discret épaissement pariétal, diffus et régulier, **de manière symétrique et bilatérale**, notable à la sonde haute fréquence 18Mhz, ces veines restent perméables et compressibles.
- ❖ Absence d'anomalie des loges musculaires.
- ❖ Important infiltration du tissu graisseux sous cutané du mollet, hyperéchogène, hétérogène, traversé par des bandes anéchogènes.
- ❖ Absence de kyste poplité.
- ❖ A noter des artères athéromateuses.

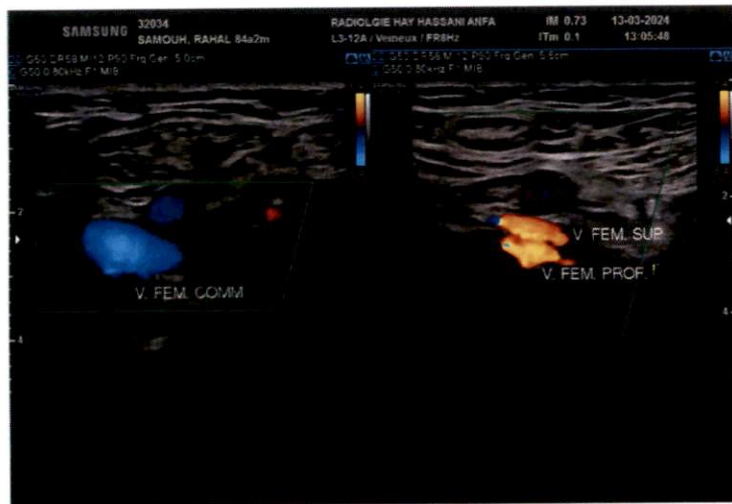
**AU TOTAL****Absence de phlébite.****Confraternellement****DR O. ALAMI**

10, Imm. Communal, Angle d'Azemmour  
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

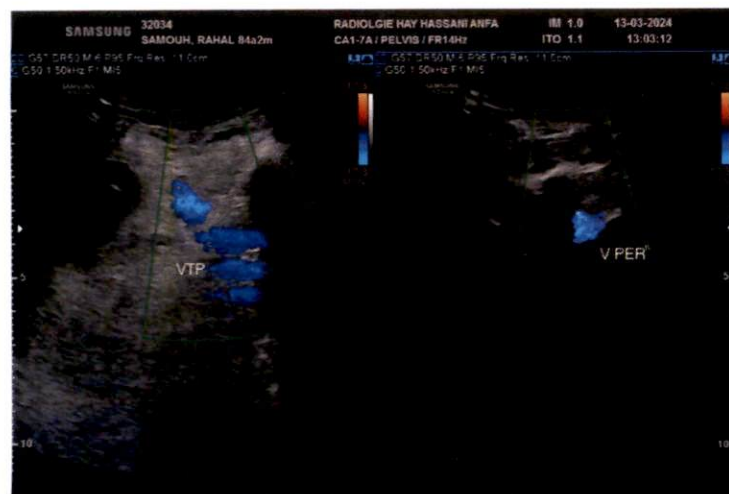
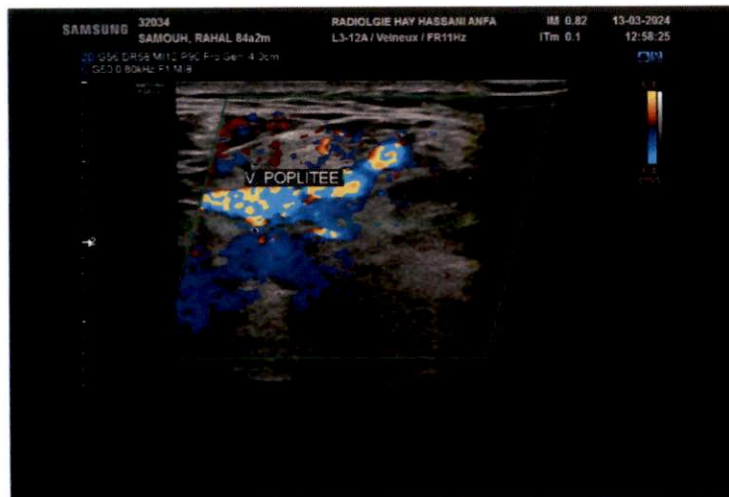
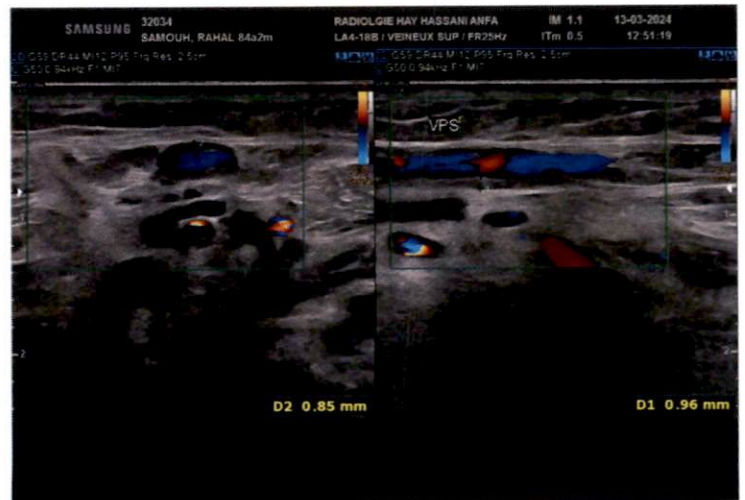
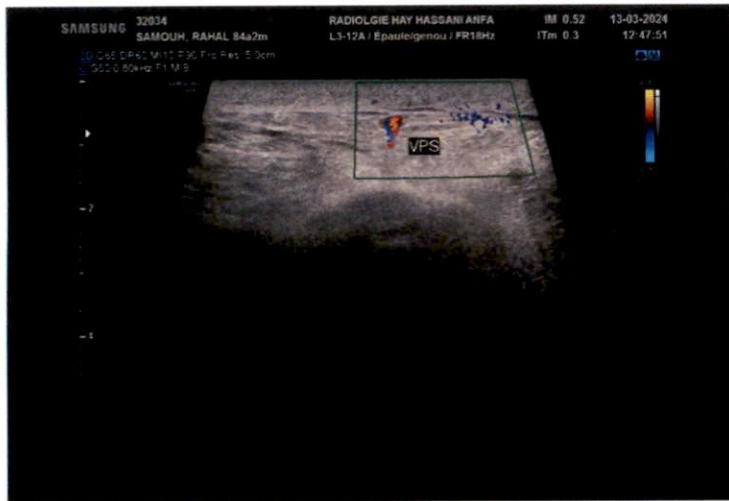
RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

| Patient      |               | Examen        |                          |
|--------------|---------------|---------------|--------------------------|
| N°           | 32034         | N° d'accès    | 75652                    |
| Nom          | SAMOUH, RAHAL | Date          | 13032024                 |
| D. naissance | 01011940      | Description   | ECHO DOPPLER VEINEUX M.I |
| Sexe         | Masculin      | Echographiste |                          |



| Patient      |               | Examen        |                          |
|--------------|---------------|---------------|--------------------------|
| N°           | 32034         | N° d'accès    | 75652                    |
| Nom          | SAMOUH, RAHAL | Date          | 13032024                 |
| D. naissance | 01011940      | Description   | ECHO DOPPLER VEINEUX M.I |
| Sexe         | Masculin      | Echographiste |                          |



13/03/2024  
Casablanca, le .....

**Facture N° 931/03/2024**

**Nom patient : SAMOUH RAHAL**

**Examen(s) réalisé(s) : ECHO DOPPLER VEINEUX M.I**

**Date Examen(s) : 13/03/2024**

**Montant : 1000 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
MILLE DIRHAMS**

**RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA**  
Immeuble Communal Route d'Azemour  
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél. 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07  
Fax 05 22 93 37 13



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Y. Samouh Rahal

Casablanca le :

12/3/2020

Gonflement mollet gauche  
après avoir glissé. Signe Hoffmanns (+)  
⇒ Echodoppler veineux  
membres inf

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
Rhumatologue  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
City Office - Bureau n A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani  
Tél : 05 22 89 38 88 / 95 - Fax : 05 22 89 38 88 / 95



City Office - Bureau n A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani  
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)



05 22 89 38 88 / 95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل  
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom : M<sup>r</sup> Samah - Rahal

Casablanca le : 14/3/24.

Lot N° : UK01  
Date d'exp : 04/2026  
PPC : 149,00 MAD TTC

149,00

1) Unik



1 gel x 2/j

1 mas

x 2 mas.

puis 1 gel/j

53,10

2) Relaxol



1 cp x 3/j

LOT : 28E009  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
1180001060833

208,10

PHARMACIE HAY EL HANA  
Mme. Samia  
7, Marche El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 49

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
Rhumatologue  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
City Office - Bureau A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani  
Casablanca - Tél.: 05 22 89 38 88/95

City Office - Bureau n A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani  
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

05 22 89 38 88 /95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

PHARMACIE HAY EL HANA  
7, Marché El Hana  
Tél: 55 22 01 07 43

PHARMACIE HAY EL HANA  
7, Marché El Hana  
Tél: 55 22 01 07 43