

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-564992

43028

CP



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9999

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

BÉKOUANI SAAO

Date de naissance :

22/09/71

Adresse :

1 Rue des Ongons  
ANSA 00000

Tél. :

0664000 838

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

06 OCT. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :



RELEVE 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
25/12/2016		C.S	200	INP : 11111111111111111111111111111111 Docteur Mohammed SABADU Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue Résidence Bibbi Al Aqmar - Angle D'Algérie et Résidence Bibbi Al Aqmar - 3ème étage - N° 10 Casablanca Téléphone : 0661.320.020
		F.C	100	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 ANALYSES LÉONARD & CIE RADIO Bd de la Croix-Rousse	25.08.11	IHM adulte genou	24000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### **VOLET ADHERENT**

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



URGENCE 24/24

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE

CHIRURGIE VISCÉRALE

COELIO CHIRURGIE

NEURO - CHIRURGIE

CHIRURGIE VASCULAIRE

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE

CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur :

Casablanca, le

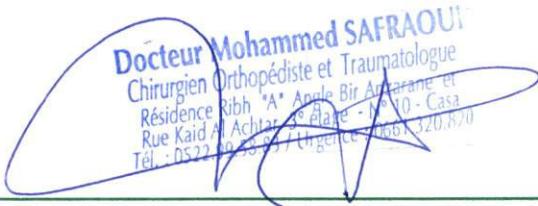
25/8/2020

BEKKARI Saad

\_\_\_\_\_

DR Ali Jemal Abo

Dreher + Restone



35, Rue EL ALLOUSSI Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80/81/82/83/84/85 - Fax : 05 22 49 23 86

# CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

## F A C T U R E

N° : 2009281321  
Du : 28/09/2020

Nom patient : M. BEKKARI SAAD

*Médecin prescripteur ; DrSAFRAOUI MOHAMEDE*

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
FRAIS CONSULTATION	1	300,00
FRAIS CLINIQUE	1	100,00
Total		400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**QUATRE CENTS DIRHAMS**

CITM CLINIQUE BADR  
35, Rue El Alloussi Bourgogne  
Casablanca Fax: 05 22 49 23 86  
Tel.: 0522 49 28 00/80/82/83/84

## F A C T U R E

**N° de l'admission** : 20003707      **N° Facture** 20003965      **Date facturation :** 01/09/2020

Nom et prénom du patient : **SAAD BEKKARI**

Convention : **PAYANT**

Traitements : **Examen radiologie**      Entrée: 25/08/2020 Sortie: 01/09/2020

<b>PRESTATIONS</b>		<b>nombre</b>	<b>prix unitaire</b>	<b>montant</b>
IRM GENOU		1.00	2 400.00	2 400.00
			sous-total	<b>2 400.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Deux mille quatre cents dirhams**      **total :** **2 400.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

**LA WILAYA**  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
2, Rue d'Agadir  
Tel: 0922 22 22 22  
Bd. Hassan II  
Casablanca



## Dr. A.BELHOUCINE



Radiologue diagnostic et interventionnel  
Laureat de la Faculté de Médecine de Marseille  
Ancien P.H. des hôpitaux de France

CASABLANCA, le 25 Août 2020

NOM DU PATIENT : BEKKARI SAAD

EXAMEN REALISE : IRM GENOU

### TECHNIQUE :

- DP sag et cor sur le genou.
- T1 sagittale.
- T2 fat-SAT dans les 3 plans.
- T2 sur la totalité des 2 fémurs.

### RESULTAT :

- On retrouve l'image de l'exostose au niveau du 1/3 inférieur du fémur gauche , mesurant 45 mm de hauteur et dont la confrontation avec l'IRM précédente ne montre pas de modification de signal ou de taille.
- Il existe par ailleurs, une réaction liquide, avec une lame périphérique avec œdème musculo-aponévrotique au niveau de la face profonde, remontant sur 72 mm de hauteur.
- Absence de lésion tissulaire tumorale.
- Absence d'anomalie vasculaire.
- L'étude du genou montre une fissure oblique de la CPMI , sans déplacement.
- Respect des ligaments croisés.

En vous remerciant de votre confiance

DR BELHOUCINE

