

## 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.

### Adresses Mails utiles

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

N° W19-586251

95860

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1460 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ACHIR Khadija

Date de naissance : 1951

Adresse :

Tél. : 06 69 12 15 83 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.10.2024

Nom et prénom du malade : ACHIR Khadija Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cardiop.

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 : 26/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
26/10/21	Ch	1	2000	09/08/019
21/11/21	Ch	1	6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/10/21

280,0

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

03/11/2021

223

3000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

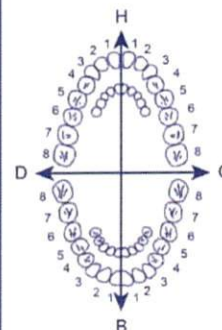
IM

IV

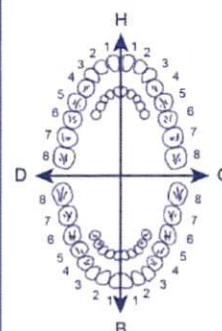
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

**MEDECINE GENERALE**

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

**الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة**

**خريجة كلية الطب بالرباط**

**الطب العام**

**خبيرة محلفة لدى المحاكم**

Nom : **ACHIR Khadija**

Casablanca, le : **26.10.2021**

53,10

1) **Relaxol 500**

19 mdi Msc - atq

29,00

2) **Dolfer 400**

19 mdi Msc - atq

3) **gacisa 9**

42,40 Msc 3 f / 5 atq

4) **Doliplex 9**

149,50 19 atq

280,00

**PHARMACIE DES STADES 201C**  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte.: 35873067  
IF : 40436642

**RELAXOL 500MG/2MG**  
CP 820  
P.P.V.: 530H10  
LOT: 21E003  
PER: 12/2023  
6 118000 060833

**29,00**  
P.V. 290H00  
P.V. 03/23  
LOT K799

**LOT 15172/FC13**  
02/2024 PPC 149,50  
midi Apr.

05 22 25 28 07 فضاء ماجوريل، زنقة أبو حيان التوحيدي، الطابق الخامس رقم 9 (قرب كارفور دو ليفر) - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5ème étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)

Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07



**Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

**MEDECINE GENERALE**

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

**الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة**

**خريجة كلية الطب بالرباط**

**الطب العام**

**خبيرة محلفة لدى المحاكم**

Nom : **Achir Khedzi**

Casablanca, le : **26-10-2021**

**Rx Colonne Cervicale  
face - Profil**

**Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa**  
11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi - Casablanca  
Tél: 05 22 25 28 07  
e-mail: rroudanien@  
**CENTRE DE RADIOLOGIE GÉNÉRALISTE**  
**ROUDANI**  
400, Bd Brâhim Roudani - Maârif  
20 100 - Casablanca  
Tél: 05 22 25 28 07 / 05 22 25 28 08  
e-mail: rroudanien@



# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 03/11/2021

FACTURE N° : FA:00 10969/21  
Nom : ACHIR KHADIJA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 300,00 Dhs

**TROIS CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

RACHIS CERVICAL FACE +PROFIL 300,00 Dhs

Total de : 300,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324





# مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 03/11/2021

Patient

**ACHIR KHADIJA**

Médecin traitant

**DR NOUFISSA KABBAJ BENCHERIF**

Examen(s) réalisé(s)

**RACHIS CERVICAL FACE +PROFIL**

## COMPTE RENDU

*Uncodiscathrose cervicale moyenne et inférieure avec conservation de la hauteur des corps vertébraux.*

*Absence de listhésis.*

*Canal cervical de diamètre antéro-postérieur normal.*

*Absence d'anomalie des parties molles cervicales et des apex pulmonaires.*

*En vous remerciant de votre confiance*

**Dr. ADIL**

*"Dans le contexte épidémique COVID 19, nous vous informons du respect des recommandations sanitaires relatives aux mesures barrières et au bio-nettoyage des machines et des locaux au sein du CRR."*