

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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  
20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 063175

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4105 Société : 103685  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Khaliss Naweddine  
 Date de naissance : 15/06/1955  
 Adresse : D B Jawam, Rue 23, N° 28 Casablanca  
 Tél. : 0660 887312 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 FEV. 2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

Dr. HAKFAOUI Abdelmouctar  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : h.hakfaoui@racine.ma



# 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
17			300,	
12				
20/12/21				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/2/22	17000

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/12/21	Panoramique	800 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire

مصححة راسين

متعددة الاختصاصات

Dr. HARFAOUI Abdelmajid  
Chirurgie Orthopédique  
Clique Traumatologique Orthopédique  
Clique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : h.harfaoui@clinique-racine.com



Casablanca, le 08.02.2023

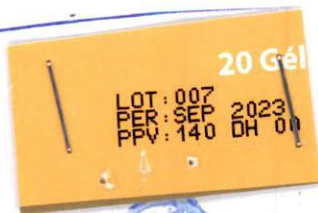
M. BEN DAHMANE OUASSILA

Céphalée 2e Ld 2e



14/00

Apel 21'



3000 Doltram on Myantalgie

14 31'



1700

PHARMACIE I.A.  
M. EL KACHCHI BENJAFAR Driss  
25 Derb Assalam N° 27 Cité d'Amma  
Casablanca - Tél : 05 22 38 80 87

Dr. HARFAOUI Abdelmajid  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : h.harfaoui@clinique-racine.com





Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédie

جراحة العظام و المفاصل

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédie  
Clinique Rocher Casablanca  
Tél: 05 22 36 22 42  
Email: harfaoui@redmail.com

Casablanca, le

الدار البيضاء في

Ben Lohache Oucelle

Rafoupramun bilatérale.

CASA  
Drs. BENHADDOU / BENYACH  
119, Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 7

Dr HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédie  
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casa  
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 50 54 12

# CASA RADIOLOGIE

Dr Y. BENHADDOU  
Dr K. BENYACHOU



# البيضاء للفحص بالأشعة

الدكتور يوسف بنحدو  
الدكتور خالد بنيشو

Casablanca, le 20/12/2021

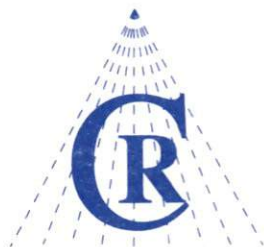
## FACTURE :13824/2021

Nom & Prénom : **BENDAHMANE OUASSILA**

Examen(s)	
PANGONOGRAMME	
Montant TOTAL	800 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
HUIT CENTS (800 DH)

CASA RADIOLOGIE  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tel.: 0522 27 44 27 / 0522 27 44 28



Casablanca le 20/12/2021

Médecin Traitant : **PR A. HARFAOUI**

Nom du patient : **MME BENDAHDANE OUASSILA**

Examen Réalisé : **PANGONOGRAMME**

L'axe global CC' des membres inférieurs passe légèrement en dedans du point I centre du genou : léger genu varum bilatéral.

A droite, l'angle de déviation angulaire corrigée est de  $6^\circ$  (angle de déviation angulaire globale  $\pm$  l'angle de déviation angulaire physiologique)  $3 \pm 3$ .

A gauche, l'angle de déviation angulaire corrigée est de  $5^\circ$  ( $2 + 3$ ).

Pas d'inégalité significative de longueur des membres inférieurs.

Pas de bascule du bassin.

Gonarthrose gauche avec ostéophytose fémoro-tibiale et pincement

articulaire fémoro-tibial du compartiment interne associé à une désaxation fémoro-tibiale interne.

Bien confraternellement à vous.  
DR Y. BENHADDOU

CASA RADIOLOGIE  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tel.: 05 22 27 44 27/27 77 44/06 61 61 70 72