

## 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 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° W19-550379

105889

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5037 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BELFADLA Abderrahim

Date de naissance : 03 02 1960

Adresse : RAK

Tél : 06616391

Tout des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MEZIANE Abdelouahad  
Traumatologie - Orthopédie - Ostéopathe  
Chez Bencharif / Angle 14 Bd Mohammed VI - Casablanca  
Tél. C : 05 22 20 92 01

Date de consultation : 23/02/2022

Nom et prénom du malade : BELFADLA Zahra Age :

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

Nature de la maladie : Lombalgie / Pré-sénile

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 : RAK Le : 26/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

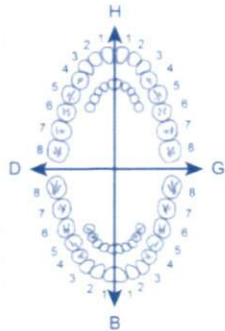
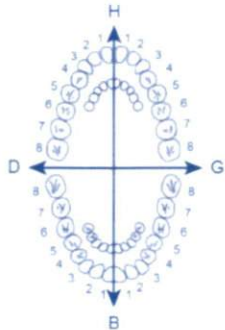


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23.02.2022		02	300	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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
	23/02/22	2340	3400DH

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 : Veuillez 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

جراحة العظام و المفاصل  
جراحة الرثي والطب الرياضي

Traumatologie - Orthopédie - Chirurgie des Rhumatismes  
Chirurgie du pied - Traumatologie du sport  
Posturologie

الدكتور عبد الواحد ميزان  
Docteur Abdelouahad MEZIANE

Casablanca, le 23.02.2022

بالموعد  
SUR RENDEZ-VOUS

BELFAHLA  
Zahra

RADIOLOGIE Abou Madi  
27, Rue Ilyia Abou Madi  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 06

1 - Rachis cervical

F + P

(Nervus facialis 3 / 4 + L4)

2 - IAM

Rachis lombaire

Dr. MEZIANE Abdelouahad  
Traumatologie - Orthopédie - Ostéopathe  
16, Rue Bendahan / Angle 16, Bd Mohammed V - Casablanca  
Tél. C : 05 22 20 92 01



Nom & prénom : BELFADLA ZAHRA

FACTURE N° : 22/003985

Date : 23/02/2022

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
RX. CERVICAL F/P	400,00
I.R.M LOMBAIRE	3 000,00
	<b><u>Total Montant</u></b>
	<b>3 400,00</b>

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

TROIS MILLE QUATRE CENT DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 23/02/2022

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

**RADIOLOGIE Abou Madi**  
27 Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09





Casablanca le 23/02/2022

PATIENT : BELFADLA ZAHRA  
MEDECIN TRAITANT : DR. MEZIANE ABDELOUAHAD  
H.

**RX. RACHIS CERVICAL**

Minéralisation osseuse normale.  
Statique rachidienne normale.  
Absence de pincement discal.  
Parties molles de densité et de volume normaux.

**I.R.M LOMBAIRE**

**Technique**

sagittale T1-T2 et T2 STIR.  
T2 axiale

**Résultat**

**Sur le plan discal**

Discopathies dégénératives intéressant les disques L4-L5 et L5-S1 responsables d'un hyposignal T2 des disques et des petites protrusions discales d'allure non conflictuelle.

**Sur le plan médullaire**

La moelle présente un calibre et un signal respecté.  
Absence d'anomalie de la charnière lombo-sacrée

**Sur le plan osseux**

Pas d'anomalie des corps vertébraux ou de leurs arcs postérieurs.  
Respect de la hauteur vertébrale.  
Canal rachidien de dimension normale.

A noter un volumineux kyste radiculaire sacré du côté droit et un kyste de l'ovaire droit de 3 cm de diamètre sans caractère IRM suspect.

**Au total**

Discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 responsables de protrusions discales sans véritable hernie ni conflit disco-radiculaire.  
Volumineux kyste radiculaire sacré droit.

**Dr. Mustapha AKIKI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**

Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE  
Ep. Benjelloun**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

Confraternellement  
**DR BERRADA AZ EL ARAB**  
INPE : 091032870