

## 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

- Reclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-713200

116463

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5118 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENABDELKRIM EL FILALI SAMIR  
 Date de naissance : 15/6/1960  
 Adresse : YOUSSEF APT 19 Jnane californie  
 Tél. : 0669650503 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : BENARDECKRIM EL FILALI WALID Age: 17 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : PIED PLAT BILATERAL / TOMA  
 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 : 25/5/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
28/04/2022	Q		250,00	INF : [Signature]

Docteur N. B. ALI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Al Qods Rd. Apt 106  
Jeddah 21584  
Tél: 022-25533412 Fax: 022-25533411  
022-25533412 022-25533411

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AUDIAK 6-18 Rue Al Jadida Check-Card-022-50.75.19	28/04/22	71,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
[Signature]	07/5/22	selle sur mesure orthopedique				755,00

VOLET ADHERENT

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

				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																			
				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. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et  
Traumatologique- Diplômé d'Arthroscopie  
(Strasbourg)

# الدكتور نبيل هطومة

إختصاصي في علاج وجراحة امراض العظام والمفاصل  
جراحة المفاصل بالمنظار  
(ستراسبورغ)

28/04/2022

Casablanca le

Enf BENABDELKRIM EL FILALI WALID

53,00  
DI-INDO COMPRIME DISPERSIBLE 50 MG BOITE DE 15

1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 5 jours

21,80  
ALGIK SACHET 500 BOITE DE 20

74,80  
1 le matin, 1 le soir après le repas pendant 10 jours

PHARMACIE ADDIAN  
16-18 Rue Addiar Al Jedide  
UnCheck Case-022-50 75 19

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
511 Bd Al Qods, Box Al Qods  
California BPC, Casablanca  
Tél 0522 52 52 10 - 06 61 30 08 32  
INPE 1037200

PROCHAIN RDV LE :

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق السفلي، شقة 1 - الدار البيضاء  
Tél: 0522 52 52 10 - 0661 30 08 32 - E-mail: n.hattoma@gmail.com

**ALGIK®**

Paracétamol (500 mg)+Caféine (50 mg)

**Voie orale**

**Analgique et antipyrétique**

Poudre orale, 20 sachets



LOT 21D037

EXP 11/23

PPV 21DH80

1  
نور الحار

Free

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés  
dispersibles

PPV 53DH00

EXP 10/2022

LOT 06028 2





# Dr. Nabil HATTOMA

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et  
Traumatologique- Diplômé d'Arthroscopie  
(Strasbourg)

# الدكتور نبيل هطومة

إختصاصي في علاج وجراحة أمراض العظام و المفاصل  
جراحة المفاصل بالمنظار  
(ستراسبورغ)

Casablanca le 28/04/2022

Enf BENABDELKRIM EL FILALI WALID

PIED PLAT BILATERAL

FAIRE SEMELLES ORTHOPEDIQUES SUR MESURE

**HATTOMA**  
14 Rue DIOULA ANEL  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 47 26 09 / 05 22 20 78 95

**Docteur Nabil HATTOMA**  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
511 BD A Oud Res Al Oods  
California P.C Apt 1 Casablanca  
Tél 0522 52 52 10 - Gsm 06 61 30 08 32  
INPE 091037200

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، الطابق السفلي، شقة 1 - الدار البيضاء

Tél: 0522 52 52 10 - 0661 30 08 32 - E-mail: n.hattoma@gmail.com



WALID BENABDELKRIM-EL FILALI

Casablanca, le 07/05/2022

FACT N°2022001011

Code	Désignation	QTE	PU HT	Remise	PU HT avec Remise	PT HT avec Remise
10297	FOOTCARE SEMELLE SUR MESURE SOUTIEN / CORRECTION	1	755,00	0%	0,00	755,00
TOTAL TTC						755,00

Arrêté la présente facture à la somme de:  
**SEPT CENT CINQUANTE CINQ DH**

BDM PHARMA  
14, Rue DJILA  
CASABLANCA - ANFA  
Tél : 05 22 47 26 09 / 05 22 20 78 95

Business Development Management SARL.R.C.145171.Patente: 35420411.IF:1103060,CNSS:7108146.ICE:001537269000

Siège Social: Zone Industrielle Sidi Maârouf lot Soukaina II N38 .  
Casablanca. Tél:06 75 00 06 02 Fax: 05 22 97 57 47

# FOOTCARE Orthopedie Sur Mesure

zone industrielle sidi maarouf lot 2 n°18 - Casablanca

Téléphone: 05 22 26 12 90 // 05 22 47 26 09 // réclamation 06 63 84 84 86

eMail: contact@orthopediesurmesure.ma - Web: www.orthopediesurmesure.ma

**PATIENT: WALID BENABDELKRIM-EL FILALI**

**ADRESSE:** JN/IN CALIFORNIA YOUSRA 11 APT 19 - CASA -

**DATE DE NAISSANCE:** 21/02/2005 (17 Age)

**POIDS:**

**HAUTEUR:**

**TAILLE DES CHAUSSURES:** 41.5

**PROFESSION:**

**MÉDECIN:** DR NABIL HATTOUMA

**PATHOLOGIE:** pieds plats

**TÉLÉPHONE:**

**TÉLÉPHONE:** 06 60 65 05 03

**EMAIL:**

## Analyse statique

Liste des impressions  
Pressions moyennes

Pressions maximales

