

## 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

- Réclamation : 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° W21-712902

120163

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : NAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TRACHDI MOHAMED

Date de naissance : 26/04/1988

Adresse : 10 LOT RITA EL ANASSORAS RES ALMERIA  
CALIFORNIE CAS

Tél. : 44 46 46 58 Total des frais engagés : 812,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue  
الطبيبة أوسال سميرة  
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم  
Soutiane Immeuble A appartement 11. 2ème étage  
Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 78 00 62

Date de consultation : 23/07/22

Nom et prénom du malade : TRACHDI Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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 : CAS le : 20/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Soins	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/05/2022	Rhumatisme	1	# 250 #	INP : 091958343

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/2022	162.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/05/2022	Echographie partie n°1	4000H

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"/>														
				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>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses (ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle



- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

## Ordonnance

Nom : TRACHLI

Prénom : MOHAMED

Le :

PPV :

EXP :

Lot N° :

### ORDONNANCE :

1 - DASEN 10000 U

1 CP 3 FOIS PAR JOUR

durée du traitement: 7 jours

2 - MOBIC 15 MG

Un cp par jour après le repas

Durée du traitement = 7 jours.

3 - PRAZOL

Une gel par jour le matin une heure avant toute prise médicament

Durée du traitement = 7 jours.

PPV: 61DH50

PER: 03/25

LOT: L1117

PPV: 52DH80

PER: 06/23

LOT: J2888-2

Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue

الدكتورة أسحل سمية

إخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم  
Soufiane immeuble A appartement 11, 2eme étage  
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tel: 05 22 78 00 62

PHARMACIE INANE CALIFORMIE  
Dr. FALAH Youssef  
10 Picté Tardant Rés Choq  
Inane Califormie Ain Chou  
Tel: 05 22 87 22 22 - Casa  
ICE: 001512578000029

Bd aboubakr kadiri, lot soufiane immeuble A, 2ème étage N°11, sidi maarouf, casablanca.

شارع أبو بكر القادري، إقامة سفيان عمارة أ، الطابق 2 رقم 11، سيدي معروف، الدار البيضاء

Telephone : 05 22 78 00 62

Whatsapp : 06 11 31 13 79

Email : dr.ousehal.soumaya@gmail.com



M U P R A S

N° Admission : 22005575      N° Facture : 22005401      Date facturation: 27/05/2022

Nom et prénom du patient : Mr TARCHLI MOHAMED

**PRESTATIONS**

	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO PARTIES MOLLES	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

**Total : 400.00DH**

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	400.00 DH
PC N° :		



- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses ( ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle



- أمراض الروماتيزم
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الفحص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

## Ordonnance

Nom : TRACHLI

Prénom : MOHAMED

Le : 23/05/2022

### Prière de faire :

1 - échographie

des parties molles coudes et avant bras gauche:

RC: atcds de gonflement des chevilles puis des poignets  
ayant bien évolué sous traitement en 2019, actuellement  
gonflement du coude gauche avec signe inflammatoire en  
regard, examen : œdème du coude jusqu'à la main  
prenant le godet, gonflement postérieur du coude en  
regard de l'olecrane: bursite? myopathie?

Signe :



Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue

الدكتورة أسحل سمية

أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و الروماتيزم  
Soufiane immeuble A appartement 11, 2ème étage  
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarout - Casablanca  
Tél: 05 22 78 00 62



Casablanca, le 27 Mai 2022

**MR. TARCHLI MOHAMED**

## **COMPTE RENDU**

### **ECHOGRAPHIE DU COUDE ET DE L'AVANT BRAS GAUCHE**

- Absence de thrombose veineuse.
- Absence d'épanchement de l'articulation du coude.
- Absence d'épicondylite médiale ou latérale.
- Aspect grillagé de la graisse cutanée de l'avant bras en rapport avec une lymphœdème
- Absence d'anomalie échographiquement décelable au niveau des différentes structures musculaires de l'avant bras.

**DR LAHLOU NEZHA**