

## 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 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
- 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-715882

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ESSAKHI HALIMA

Date de naissance : 21/01/1947

Adresse : 152, AVENUE HOUMAN EL FETOUKI, RABAT

Tél. : 0651550056 Total des frais engagés : 2.160 Dhs

Cadre réservé au Médecin TRIQUI Abdellatif

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Chirurgie Arthroscopique

13, Rue Al Achaari, App N°6, 2ème Etage - AGDAL

17 JUN 2022

Tél. : 0537 77 40 50

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ESSAKHI HALIMA Age : 75

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

Nature de la maladie : HALLUX VALGUS BILATÉRAL

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 : RABAT Le : 17 JUN 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-715882

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 0806

Nom de l'adhérent(e) : ESSAKHI


Total des frais engagés : 2160

Date de dépôt : .....



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le bon déroulement des Actes
17 JUN 2022	CS	3	2000	

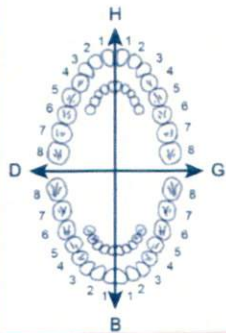
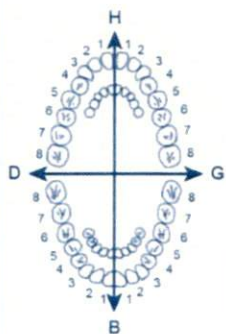
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/06/22	229 + 222 + 1020	186000 DH
INPF 449000660			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	





عيادة الفحص بالأشعة  
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديولوجي - كاتير - إيكونغرافية - راديولاستان وانشادي

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur  
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie  
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Rabat le : 17/06/2022

Patient Nom et Prénom : Mme. ESSAKHI HALIMA  
Prescripteur : DR TRIQUI ABDELLATIF  
Date d'examen : 17/06/2022

**ÉCHODOPPLER ARTÉRIEL DES MEMBRES  
INFÉRIEURS**

- \* L'exploration morphologique des axes artériels des membres inférieurs ne montre pas d'anomalie morphologique ni de plaque ou épaissement des parois.
- \* L'étude des courbes vélocimétriques, du sonogramme ainsi que de l'analyse spectrale de fréquence ne montre pas d'anomalie des artères fémorales, poplitées et jambières. Les flux sont classiquement triphasiques, amples et symétriques.

**Conclusion :**

- \* **Absence de sténose artérielle décelable.**

Merci de votre confiance

Dr C. BENMOUSSA

Radiologie Centre Ville  
Dr. CHIHAB BENMOUSSA  
8, Rue Moulay Slimane - Rabat  
Tél : 06 37 72 51 36 / 06 37 72 64 87  
GSM : 06 61 22 24 13

Résidence Royale, 8 Rue Moulay Slimane - Appt, 1 (Face à la Wilaya) - Rabat

Tél (00) (212) 0537 72-51-36/72-64-87 Fax : 72-64-87 GSM : 06 61 22 24 13





عيادة الفحص بالأشعة  
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

رأبى نوجى - سكاتير - ايكوغرافية - رأبى الانسان و النذى

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur  
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie  
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Rabat le : 17/06/2022

Patient Nom et Prénom : Mme. ESSAKHI HALIMA

Prescripteur : DR TRIQUI ABDELLATIF

Date d'examen : 17/06/2022

**RADIOGRAPHIE DES DEUX PIEDS : FACE + PROFIL  
EN CHARGE & INCIDENCE DES SESAMOÏDES  
(GUNTZ)**

- \* Ostéopénie.
- \* Les angles aux sommets des arches internes sont chiffrés à  $120^\circ$  du côté droit et à  $127^\circ$  du côté gauche.
- \* Hallux valgus bilatéral (valgus de  $50^\circ$  à droite et de  $47^\circ$  à gauche) avec longueur excessive des gros orteils.
- \* Les métatarsiens sont déplacés en dedans :
  - angle M1/M2 :  $15^\circ$  à droite et  $19^\circ$  à gauche.
  - Angle M1/M5 :  $52^\circ$  à droite et  $49^\circ$  à gauche.
- \* Anomalie de positionnement bilatéral des sésamoïdes tibiaux qui se sont latéralisés au même niveau que les sésamoïdes fibulaires (type 2).
- \* Pincement bilatéral des interlignes articulaires métatarso-phalangiens.
- \* Enthésopathies calcifiées (épine) rétro et sous-calcanéennes.

Merci de votre confiance

Dr. C. BENMOUSSA  
Dr. Chihab BENMOUSSA

Résidence Royale, 8 Rue Moulay Slimane - Appt, 1 (Face à la Wilaya) - Rabat  
Tél (00) (212) 0537 72-51-36/72-64-87 Fax : 72-64-87 GSM : 06 61 22 24 13  
E-mail : radcentreville@hotmail.com





عيادة الفحص بالأشعة  
RADIOLOGIE CENTRE VILLE

راديولوجي - سكتير - ايكوغرافية - راديوالاسنان واليدى

Scanner - Radiologie Numérisée - Radiologie Interventionnelle - Echographie Couleur  
Doppler couleur - Mammographie - Ostéodensitométrie  
Panoramique Dentaire - Téléradiographie - Cône Beam

Patente N° 25109678 ICE 000016140000041  
R.C N° : 49433, IF: 03302816, CNSS : 6077798



Rabat le : 17/06/2022

FACTURE N° : 2366/2022

Je Soussigné, Dr C. BENMOUSSA certifie que ESSAKHI HALIMA a effectué la radiographie  
suivante :

PIEDS : FACE + PROFIL

860,00

ECHODOPPLER ARTERIEL DES MEMBRES INFERIEURS

1 000,00

Dont le montant est :

1 860,00

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE HUIT CENT SOIXANTE DIRHAM(S)

Type de paiement : ESPECES

Dr C. BENMOUSSA

Radiologie Centre Ville  
Dr. Chihab BENMOUSSA  
8, Rue Moulay Slimane - Rabat  
Tél.: 05 37 72 51 36 / 05 37 72 64 67  
GSM : 06 61 22 24 13

Résidence Royale, 8 Rue Moulay Slimane - Appt, 1 (Face à la Wilaya) - Rabat

Tél (00) (212) 05 37 72-51-36/72-64-87 Fax : 72-64-87 GSM : 06 61 22 24 13

E-mail : radcentreville@hotmail.com



• Chirurgie orthopédique et traumatologique

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

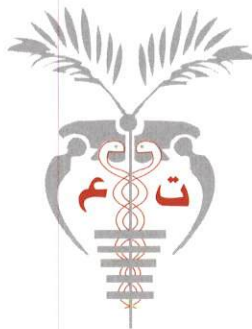
Ancien attaché au Centre hospitalier Ibn Sina

Ancien Chef de service des hôpitaux de Beni mellal et Oujda

• Chirurgie Arthroscopique

Diplômé de la faculté de médecine de Rennes

Membre de la société francophone d'arthroscopie



• اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بالرباط

ملحق سابق بمستشفى ابن سينا

رئيس مصلحة سابق بمستشفى بني ملال و وجدة

• اختصاصي في جراحة المفاصل بالمنظار

خريج كلية ران

عضو الجمعية الفرانكفونية

Rabat le : 17 JUIN 2022 الرباط في:

M<sup>me</sup> ESSAKITI HALIMA

♀ de 70 ans - Hémix valgus bilatéral  
+ "Jambes lourdes"

Radiologie Centre Ville

Dr. Chihab BENMOUSSA

8, Rue Moulay Slimane - Rabat

Tél.: 05 37 72 51 36 / 05 37 72 61 11

GSM : 06 61 22 24 13

1/ Rx Pieds droit et gauche  
- FACE en charge  
- Profil  
- Incidence des pesantilles

2/ Echo doppler Antérieur des membres inférieurs

Docteur TRIQUI Abdellatif  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie Arthroscopique  
En Face de l'hôtel Ourida  
Tél: 0537 77 40 50

13, Rue Al Achaari, App N°6, 2ème étage -AGDAL -Rabat

En Face de l'hôtel Ourida

Tél: 0537 77 40 50 - Fax: 0537 77 75 71 - GSM: 0661 19 93 60 : الممول 05 37 77 75 71 : الفاكس : 05 37 77 40 50 : الهاتف

E-mail : latiftriqui1@gmail.com : البريد الالكتروني

13. زنقة الأشعري رقم 6. الطابق 2. أكداال-الرباط

أمام فندق وريدة