

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



## Déclaration de Maladie

M22- 0045608

139372

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2986 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TEJDAWI Khardouf

Date de naissance : 24/04/1952

Adresse : Hay Rahma Rue 10 N° 4 Cas

Tél. : 06 12 67 42 15 Total des frais engagés : 2000 + 123,70 Pric Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
**CS** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
**CNPSY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
**V** = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
**VN** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
**VD** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
**VD** = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
**PC** = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
**k** = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
**SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
**AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute  
**AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
**AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste  
**AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
**R-Z** = Electro-Radiologie  
**B** = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 864798

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : TEJDAWI Khaddouj  
Matricule : 2986 Fonction : Retraite Poste :  
Adresse : Hay Baboua Rue 10 N°4 My Radiol Casa  
Tél. 06 12 67 42 15 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : TEJDAWI Khaddouj Age 24 / 04 / 1992  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 04/11/22  
Nature de la maladie : Affection orthopédique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
-----  
-----  
-----  
Signature et cachet du médecin : [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois


**Dr Anis ACHAROU**  
Chirurgien Orthopédiste  
105 Bd. 2 Mars, Casablanca  
INP 091170910



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
12/04/22	voir facture n°	jointe n°		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/2022	123,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

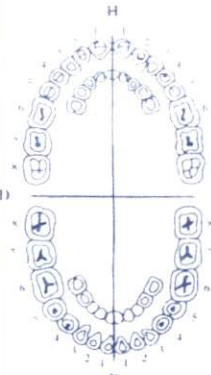
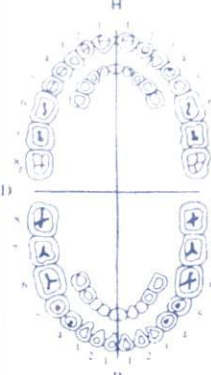
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></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																							
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA

Tél.: 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)

Fax : 0522 40.40.10

E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com



## مصحة بلقدير

150، شارع باحماد - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

الفاكس : 0522.40.40.10

البريد الإلكتروني : massahat.belvedere150@gmail.com

**PHARMACIE VET**  
**Dr. MARRAKCHI Amina**  
19, Bd Bahmad Angle Rue Berlioz  
Belvédère - Casablanca  
Tél: 0522 40 59 01

Casablanca, le :

04/11/2022

1<sup>er</sup> TEJDAWI KHADDAR

70,80

1/Profenid 100

52,80 1 gpx 2/1 p 4 7

2/Deoln 2

1 gpx 2/1 p 4 7

123,80



LOT : 22E007  
PER: 02 2025  
PROFENID 100MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 70DH90  
6 118000 060802



**Dr Anis ACHARGUI**  
Chirurgien Orthopédiste  
05, Bd. 2 Mars, Casablanca  
81 81 16 - IND 091 70910

**OEDES 20mg**  
14 gélules  
6 118001 100071

LOT 211148  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

# CLINIQUE BELVEDERE

150,Bd BAHMAD-CASABLANCA  
Tel : 0522404040 Fax: 0522404010  
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com

## F A C T U R E

N° : 864 / 2022 du 04/11/2022

Nom patient **TEJDAWI KHADDOUJ**  
**PAYANT**

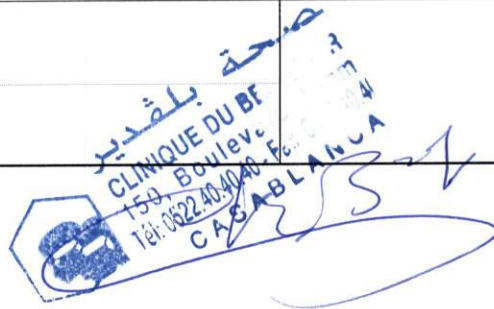
Entrée 04/11/2022  
Sortie 04/11/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		2 000,00	2 000,00
			Sous-Total	2 000,00
Total Clinique				2 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

Total 2 000,00





# CLINIQUE BELVEDERE

150, Bd BAHMAD-CASABLANCA  
Tel : 0522404040 Fax: 0522404010  
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com  
CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

**Date d'entrée** 04/11/2022 **Heure** 08:04

**Nom et Prénom du patient** Mme TEJDAWI KHADDOUJ

**Age ou Date Naissance** 71 - 24/04/1952

**N° Cin du patient ou du tuteur** B722827

**Adresse** .HAY RAHMA RUE 10 N4 MY RACHID

**Téléphone** 0665303381

**Personne à appeler en cas d'urgence** .

**Médecin traitant** ACHARGUI ANIS

**Durée prévue d'hospitalisation (jours) :** 0  
0,00

**Motif d'hospitalisation** BLOC OPERATOIRE

**Affiliation à une couverture maladie** OUI

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

**Nom et prénom de l'assuré**

**Lien de parenté**

**Organisme assureur**

**Mode de paiement** PAYANT - MUPRAS

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

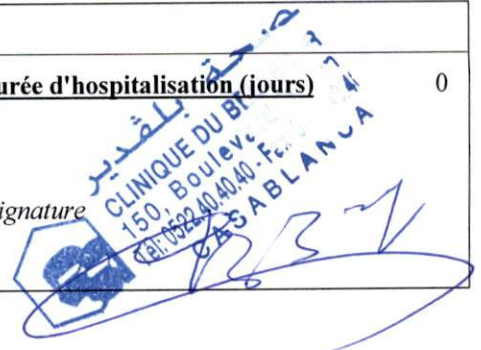
**Date Sortie** 04/11/2022

**Heure** 09:47

**Durée d'hospitalisation (jours)** 0

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*



## MME TEJDAWI KHADOUJ

Casablanca le 04/11/2022

### COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mme TEJDAWI KHADOUJ

Date de l'intervention : 04/11/2022

Chirurgien : Dr. ACHARGUI ANIS

Anesthésiste : Dr

Indication : MOBILISATION SOUS AG

### Intervention

Sous sédation, mobilisation progressive du genou jusqu'à libération audible des adhérence

On récupère une flexion du genou à 160 °

Cyclage du genou

**Dr Anis ACHARGUI**  
Chirurgien Orthopédiste  
105, Bd. 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910