

# 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.

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

13388

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Royal Air Maroc

Autre :

EL BALAIDI Ferdaouss

Nom & Prénom :

15 Novembre 1996

Date de naissance :

Appt 14, Imm 113, Résidence Al Firdauss,  
Oulfa, Casablanca

Tél. : 06 11 58 03 23

Total des frais engagés :

500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

El Beldi Ferdaouss

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 : 13/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



22 MAR. 2023

R

ACCUEIL

KH. H.

# Déclaration de Maladie

N° W21-786970

A 54433

Optique

Autres

| RELEVE 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                                                                                                        |
| 13/12/23                       | CS                |                       | 300.0H                          | <b>Dr Anis ACHARGUI</b><br><small>INP</small><br><b>Chirurgien Orthopédiste</b><br><del>105, Bd 2 Mars, Casablanca</del><br><b>Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910</b> |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |          |                              |                        |
|-----------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| CHAMPS DE BOURGOGNE - Maffet                        | 11/05/13 | Z 20.                        | 200,00 €               |

| RELEVE 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><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                                                                                                            | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nature des Soins    | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
| <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> |                     |             | H                                                   | 25533412   21433552 | 00000000   00000000 |  | D ————— G |  | 35533411   11433553 |  | B |  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                                                                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 25533412   21433552 |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       | 00000000   00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       | D ————— G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       | 35533411   11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |             |                                                     |                     |                     |  |           |  |                     |  |   |  |                                                     |



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

Date : ..... / ..... / .....  
13/02/2023

## Ordonnance

MME EL BALAIDI FERDAOUSS

- Radio DU BASSIN FACE
- PANGONOGRAMME



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

Dr. Abderrahim ADIL  
RADIOLOGUE  
105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc  
Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthossport@gmail.com

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc  
Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthossport@gmail.com

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUKI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 11/03/2023

FACTURE N° : FA:00 2609/23

Nom : EL BALAIDI FERDAOUSS

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200,00 Dhs

**DEUX CEINTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

BASSIN DE FACE 200,00 Dhs

Total de : 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH**

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél. : 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68

RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 11/03/2023

Patient

Médecin traitant

Examen(s) réalisé(s)

**EL BALAIDI FERDAOUSS**

**DR. ACHARGUI ANIS**

**BASSIN DE FACE**

**COMPTE RENDU**

**Rx bassin de face :**

Interlignes articulaires coxo-fémoraux sont d'épaisseur conservée des deux côtés.

Sphéricité conservée des têtes fémorales.

Bascule du bassin du côté gauche mesurée à 7mm.

Absence d'anomalie de densité des parties molles péri-articulaires.

*En vous remerciant de votre confiance*

*Dr. A. ADIL\**