

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-821006

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : RAN

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : AD1632

Nom & Prénom : RIDAOUI RACHIDA

Date de naissance : Habituelle

Adresse : Habituelle

Tél. : 0666 274783 Total des frais engagés : 09 NOV. 2023 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2023

Nom et prénom du malade : Ridaoui Rachida Age : 20/13

Lien de parenté : ☒ **En-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Nature de la maladie : Maladie Systé

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.

Le : 02/10/2023

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
07.10.2013			24000	
21.10.2013				

02.10.2023 0400  
31.10.2023 0400

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Pharmacie du Pharmacien ou du Fournisseur <b>PHARMACIE MARHABA</b> 61, Av des F.A.R Tél 0522 31 16 40 0522 31 16 40	Date 31/10/82	Montant de la Facture 37,00 DZ/-

Paiement du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MARHABA</b> André ACHOUR 61, Av des F.A.R Casablanca Tél 0522 31 16 40 0522 31 43 69	31/10/82	37,00 DZ/-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 	27.10.23	272	4160,00

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/10/23	272	46000

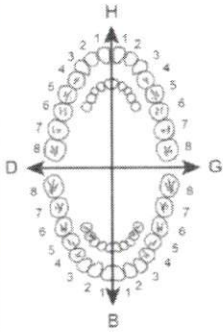
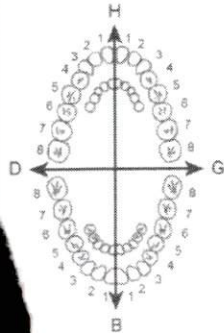
[illegible][illegible]

# 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 canalaux, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433553	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433553										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

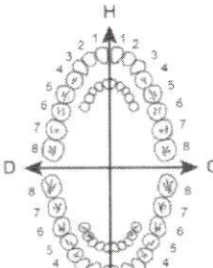
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
			MONTANTS DES SOINS [ ]
			DEBUT D'EXECUTION [ ]
			FIN D'EXECUTION [ ]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		
D	25533412	21433552	G
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Hind Bouziane Oumghari

Spécialiste en Médecine Interne  
Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca et Bordeaux

Maladies de système - Rhumatologie  
Grands syndromes - Pathologie vasculaire  
Diabétologie - Nutrition - Gériatrie

## د. هند بوزيان أومغاري

إختصاصية في الأمراض الباطنية  
خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء و بوردو

الأمراض المجموعية - أمراض الروماتيزم  
المتلازمات الكبيرة - أمراض الشرايين  
داء السكري - التغذية - طب الشيخوخة

Casablanca, le :

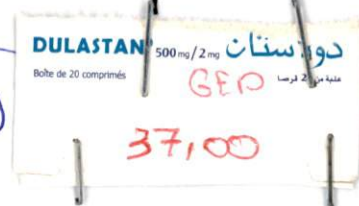
31.10.2013

PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61. Av des F.A.R. Casablanca  
Tel 0522 31 16 49

0522 31 43 62

Dr. Hind Bouziane Oumghari

20215



37,00

PHARMACIE

Dr. Hind Bouziane  
Spécialiste En Médecine Interne  
61, Abdelmoumen, Rue Bachir Laalaj, N°9  
Oushmane 1, 3ème étage, N°17 - Casablanca  
Tél. 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57

Bd. Abdelmoumen, Rue Bachir Laalaj N°9, Im. Oushmane 1, 3ème étage, n°17 - Casablanca

شارع عبد المومن، رقم 9 زنقة البشير لعلي، إقامة أوسمان 1، ط 3 رقم 17 - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57 • E-mail : hind\_bouziane@hotmail.fr

# Dr Hind Bouziane Oumghari

Spécialiste en Médecine Interne  
Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca et Bordeaux

Maladies de système - Rhumatologie  
Grands syndromes - Pathologie vasculaire  
Diabétologie - Nutrition - Gériatrie

**Dr Hind Bouziane**  
Spécialiste en Médecine Interne  
Bd. Abdelmoumen, Rue Bachir Laalaj, N°9,  
Im. Oushmane 1, 3ème étage, N°17 - Casablanca  
Tél.: 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57

## د. هند بوزيان أومغاري

إختصاصية في الأمراض الباطنية  
خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء و بوردو

الأمراض المجموعية - أمراض الروماتيزم  
المتلازمات الكبيرة - أمراض الشرايين  
داء السكري - التغذية - طب الشيخوخة

Casablanca, le :

02.10.2013

Mr Ridwan  
Rachid  
Indiose  
Dorso lombaire

Rx de Pan  
rachis face  
avec calver  
angle colob

Bd. Abdelmoumen, Rue Bachir Laalaj N°9, Im. Oushmane 1, 3ème étage, n°17 - Casablanca

شارع عبد المومن، رقم 9 زنقة البشير للعلاج، إقامة أوسمان 1، ط 3 رقم 17 - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 98 59 86 - 06 94 31 55 57 • E-mail : hind\_bouziane@hotmail.fr

## F A C T U R E

N° de l'admission : 23008489 N° Facture : 23008282 Date facturation : 07/10/2023

Nom et prénom du patient : **RACHIDA RIDAOUI**

Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 07/10/2023 Sortie: 07/10/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS COMPLET F CASSE 1INC 30X120			352.00
		Sous-Total	<b>352.00</b>

PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			88.00
		Sous-Total	<b>88.00</b>

### RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	88.00	8.80
		Sous-Total	<b>8.80</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Quatre cent quarante dirhams**

**Total : 440.00**

Part patient 440.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MME RIDAOUI RACHIDA

Mle : 0010300

PC N°



Casablanca, le 07 Octobre 2023

**DR. BOUZIANE OUMGHARI HIND**

**MME. RIDAOUI RACHIDA**

## **COMPTE RENDU**

### **RADIOGRAPHIE DU RACHIS ENTIER EN POSITION DEBOUT DE FACE**

- Scoliose dorsale à convexité droite dont l'angle de l'inflexion scoliotique mesuré du plateau supérieur de D5 au plateau inférieur de D9 est de 20°
- Discrète asymétrie du bassin dont le côté droit est plus haut que le côté gauche d'environ 3 mm.

**DR. LAHLOU NEZHA**

