

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-0027517

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 343 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 189537  
 Nom & Prénom : ARIF MOHAMED  
 Date de naissance : 01/01/1940  
 Adresse : 157, Rue MIMOSAS - HAY ERRAHA  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0663254631 Total des frais engagés : 1457,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/23  
 Nom et prénom du malade : M. ARIF Mohamed Age: 01/01/40  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Névralgies cervicobrachiales droites  
 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 : Casablanca Le : 22/11/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
29-11-23		CS	309,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/23	757,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29-11-23	Rx maxillo céphal - P	400,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez 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"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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																	
	[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



# الدكتورة نهى الريسوني

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان  
رئيسة سابقة لمصلحة الطب  
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء  
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتيزم  
أمراض التهابات الباطنية  
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى  
علاج الأرجل  
الطب الرياضي

22 novembre 2023

Mr. ARIF MOHAMED

صيدلية مطار  
PHARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA  
Mme. LAMNAI BRIGITTE  
72, Bis Bd. Sidi Abderrahmane  
Beauséjour - Casablanca  
Tél: 0522 39 06 36

CHONDROSAN

1 matin par jour pdt 3 mois

VITANEVRIL FORT

1 comprimé fois 3 / jour pendant 1 mois

DUOXOL

1 cp 3/ jour pendant 7 jours

INPE: 091091314

Dr. RAISSOUNI Nouha  
252, Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> étage N°10  
Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84  
INPE: 091091314

262 Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)

شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84



## Dr. RAÏSSOUNI Nouha

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin  
Ancienne Chef de Département de Médecine  
de l'Hôpital Mohammed Sekkat - Casablanca

Rhumatologue - Rhumatologie interversionnelle  
Maladies de Systèmes  
Echographie Ostéoarticulaire  
Podologie  
Médecine du Sport



## الدكتورة نهى الريسوني

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان  
رئيسة سابقة لمصلحة الطب  
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء  
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتزم  
أمراض الالتهابات الباطنية  
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى  
علاج الأرجل  
الطب الرياضي

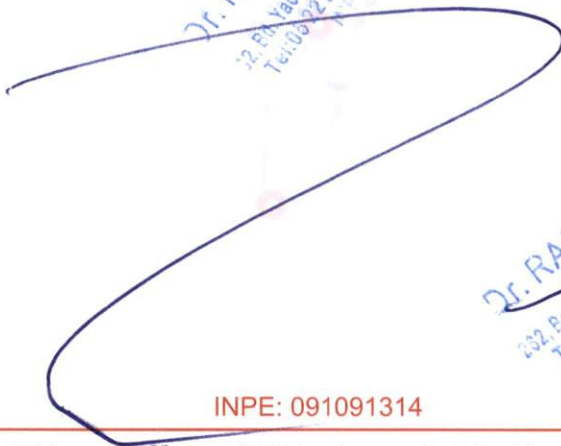
Casablanca le:.....:الدار البيضاء في:

**Le 22/11/2023**

**Nom : ARIF**

**Prénom : MOHAMED**

▪ **Radiographie du ~~scap~~ cervical face et profil**



INPE: 091091314

⑨ 262 Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)  
شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

⑨ 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84



**Dr. RAISSOUNI Nouha**

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin  
Ancienne Chef de Département de Médecine  
de l'Hôpital Mohammed Sekkat - Casablanca

Rhumatologue - Rhumatologie intervertébrale  
Maladies de Systèmes  
Echographie Ostéoarticulaire  
Podologie  
Médecine du Sport



**الدكتورة نهى الريسوني**

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان  
رئيسة سابقة لمصلحة الطب  
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء  
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتزم  
أمراض الالتهابات الباطنية  
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى  
علاج الأرجل  
الطب الرياضي

Casablanca le:.....:الدار البيضاء في:

Le : 22/11/2023

- **Nom :** Mr. ARIF MOHAMED
- **Examen réalisé :** Radiographie rachis cervical  
face et profil

### **Compte Rendu Radiologique**

#### ▪ **Résultats :**

- Statique rachidienne conservée
- Pincements discaux étagés de C3 à C7
- Becs ostéophytiques somatiques étagés
- Uncarthrose étagée
- Pincement des trous de conjugaison bilatéraux prédominant à gauche
- Arthrose interapophysaire postérieure

**Conclusion : cervicarthrose avec discarthrose uncarthrose  
et arthrose interapophysaire postérieure étagée avancée**

INPE: 091091314

262 Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)  
شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84



# Dr. RAÏSSOUNI Nouha

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin  
Ancienne Chef de Département de Médecine  
de l'Hôpital Mohammed Sekkat - Casablanca

Rhumatologue - Rhumatologie intervertébrale  
Maladies de Systèmes  
Echographie Ostéoarticulaire  
Podologie  
Médecine du Sport



## الدكتورة نهى الريسوني

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان  
رئيسة سابقة لمصلحة الطب  
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء  
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتزم  
أمراض التهابات الباطنية  
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى  
علاج الأرجل  
الطب الرياضي

Casablanca le:.....:الدار البيضاء في:

**Le 22/11/2023**

**Nom : ARIF**

**Prénom : MOHAMED**

- Radiographie du **stif cervical** face et profil

**FACTURE : 400DH**

*(Handwritten signature)*

INPE: 091091314

📍 262 Bd. Yacoub El Mansour 1<sup>er</sup> étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)  
شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

☎ 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84