

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Faïr et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

W21-841887

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIDAoui RACHIDA

Date de naissance : 1961

Adresse : Hachuel

Tél : 0666274783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BENNANI FAYCAL**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDIE**  
**CHIRURGIE DU SPORT**

Date de consultation : 13/02/2024

Nom et prénom du malade : Ridaoui Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Douleur de l'épaule droite

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 : 22 FEB 2024

Signature de l'adhérent(e) : Le : 13/02/2024

PR4FR05, V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-E15 / 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
13/02/24	CS		6	Dr. BENNANI FAYCAL TRAUMATO-ORTHOPÉDIE CHIRURGIE DU SPORT
20/2/24	CS		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/24	126,50
	20/2/24	169,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/02/24	Echographie	480,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORTHOS BCF 105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair Casablanca TP: 34465339 - ICE: 001860015000084	20/2/24					600,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<input type="text"/>																					
					<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																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>				H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	<input type="text"/>
	H		H																							
	25533412		21433552																							
	00000000		00000000																							
	D		G																							
	00000000		00000000																							
	35533411		11433553																							
	B		B																							
		[Création, remont, adjonction]				MONTANTS DES SOINS																				
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>																				
	Montant des Honoraires				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																					

# ORTHOSS



Groupe de Traumatologie-Orthopédie  
et Chirurgie du Sport

105 Boulevard 2 Mars, Casablanca

Tél : 05 22 81 81 16

Fax : 05 22 81 81 17

Email : orthosport@gmail.com

N° 0000513 / 24

## Bon de règlement

Nom : Ridzani

Prénom : Rachida

La somme de : 60.204

Motif : Infiltration

Le : 20/01/24

Signature

# ORTHOSS



Date : 13/02/2024

Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

## Ordonnance

ISOPHARM

NEV FLEX GEL

RAFFRAICHISSANT

89.50 dhs

MME RIDAOUI RACHIDA

S.V

89.50

- Newflex Cooling Gel  
1 APPLICATION, matin, midi, soir, pendant  
, 07 jours

N.D

- NEWFLEX WARM GEL  
1 APPLICATION, matin, midi, soir,  
pendant 21 jours

37.00

- Dulastan  
2 Comprimés, matin, soir, pendant le repas,  
pendant 10 jours

S.V

- Glaçage  
30 minutes le soir (NE PAS METTRE  
DIRECTEMENT SUR LA PEAU) pendant  
21 jours

37.00

T = 126.50

Dr. BENNANI FAYÇAL  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE  
CHIRURGIE DU SPORT

PHARMACIE MARIABA  
61, Avenue André BENOIST  
des F.A.R. Casablanca  
Tél 0522 31 43 69





Date : ...../...../.....  
13/02/2024

Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

## Ordonnance

**MME RIDAOUI RACHIDA**

- DOULEUR DE L'ÉPAULE DROITE.
- IMPOTENCE FONCTIONNELLE RELATIVE.
- SUS-ÉPINEUX+
- LPB+
- BURSITE?

FAIRE SVP ECHOGRAPHIE DE L'ÉPAULE  
DROITE.

**Dr. BENNANI FAYÇAL**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDIE**  
**CHIRURGIE DU SPORT**

# ORTHOSS



Date : ...../...../.....  
20/02/2024

Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

## Ordonnance

RPV: 169DH001  
PER: 07/26  
LOT: M2378

MME RIDAOUI RACHIDA

160,00

- DOLICOX 90 mg  
1 Comprimé, le soir, en fin de repas,  
pendant 14 jours



Dr. BENNANI FAYÇAL  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
CHIRURGIE DU SPORT



## Ordonnance

**Facture N°: 314/2024**

Bénéficiaire : Mme Ridaoui Rachida  
organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
IFL	INFILTRATION	1	600,00	600,00
Total				600,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
six cents dirham(s)

CHEQUE

ICE : 001860015000084 / TP : 34465339 / identifiant fiscal : 24858296

**ORTHOS SCP**  
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymone El Khair  
Casablanca  
TP: 34465339 - ICE: 001860015000084

## Ordonnance

**MME RIDAOUI RACHIDA**

4EME DOIGT A RESSAUT AU NIVEAU DE LA MAIN DROITE.  
PERSISTANCE DE DOULEURS ET BLOCAGE DU DOIGT.

### INDICATION

**3EME ET DERNIERE** INFILTRATION DE CORTICOIDES FAITE AU  
NIVEAU DU 4EME DOIGT DE LA MAIN DROITE.

**Dr. BENNANI FAÏCAL**  
**TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE**  
**CHIRURGIE DU SPORT**



## F A C T U R E

N° de l'admission : 24001073

N° Facture : 24001059

Date facturation : 14/02/2024

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

Convention :

ICE :

Traitement :

Entrée: 14/02/2024 Sortie: 14/02/2024

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE EPAULE			480.00
		Sous-Total	<b>480.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Quatre cent quatre-vingt dirhams**

**Total : 480.00**

Immatriculation :

N° prise en charge : c

Notre compte bancaire :

Adhérent : c

Mle

PC N° : c



**Dr. M. ALAOUI BOUHAMID**

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire  
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 14 Février 2024

**NOM ET PRENOM: RIDAOUI RACHIDA**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR FAYCAL BENNANI**

**EXAMEN REALISE : ECHOGRAPHIE EPAULE DROITE**

**RÉSULTAT :**

- *Le tendon sus épineux est épaissi au niveau de sa portion distale, normo tendu, avec discrètes irrégularités de la corticales en regard de son enthèse antérieure, sans signe de fissuration ni de rupture.*
- *Le tendon sub scapulaire est normo tendu, de morphologie respectée.*
- *Le tendon sous épineux est de morphologie normale normo tendu, sans signe de fissuration ni de rupture.*
- *La trophicité musculaire est conservée.*
- *Absence de conflit lors des manœuvres dynamiques.*
- *Epanchement bursal de faible abondance.*

**CONCLUSION :**

**- Aspect échographique en faveur d'une tendinopathie distale du sus épineux avec bursite.**

En vous remerciant de votre confiance

**Dr. M. ALAOUI BOUHAMID**  
Médecin Radiologue