

# 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

Réclamation : [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 l'Horloge 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° P19- 068337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENYAKHIA ABDERRAFIE  
Date de naissance : 1949  
Adresse : 186 LTI FLORIDA - SIDI MAAAGUE  
CASABLANCA  
Tél. : 06652035 Total des frais engagés : 566,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MERINI Abderrazak  
Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue  
21, R.S. Pasteur (face Institut Pasteur)  
Place Charles Nicollas - Casablanca

Date de consultation : 25/02/2020  
Nom et prénom du malade : BENYAKHIA Abderrafie Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : TALAIE  
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 : 25 / 02 / 2020  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/02/2020      | R10               | 1                     | 500 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Charles Nicolle<br>HEDYA TAK - TAK<br>19, Place Charles Nicolle<br>Casablanca<br>Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41 | 25/02/2020 | 56,60                 |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

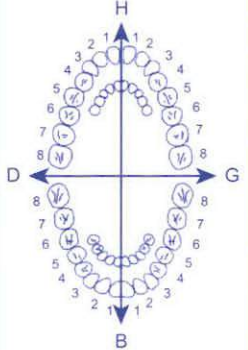
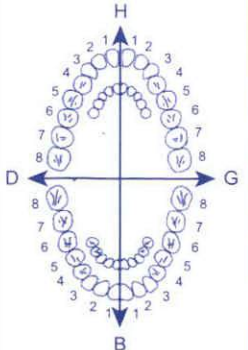
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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'OC

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |  |
|--|---|------------------|-------------|---|--|
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H<br/>               25533412<br/>               00000000<br/>               D             </div> <div>               21433552<br/>               00000000<br/>               G<br/>               00000000<br/>               35533411<br/>               B             </div> </div> (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur MERINI Abderrazak**

**Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue**

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



**الدكتور عبد الرزاق المريني**

**إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل**

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك والركبة

## **ORDONNANCE**

Casablanca, le : 25/02/2020

BENYHIA  
Abdelmoumen

Imfiltration du  
tendon d'aville

1x10

500 AH

Docteur MERINI Abderrazak  
Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Charles Nicolas  
Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 69 16 - Fax: 05 22 29 69 35

21، إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المومن - الدار البيضاء  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolas - Bd Abdelmoumen - Casablanca

النقال : 06 61 24 11 00 - GSM : 05 22 29 69 35 - الفاكس : 05 22 29 69 35 - الهاتف : 05 22 29 69 16

ICE : 00200713400022 - IF : 24925140

# Docteur MERINI Abderrazak

Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



الدكتور عبد الرزاق الميريني

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التعويضية من الورك والركبة

## ORDONNANCE



611 800115 013 7  
DIPROSTONE 1 Seringue  
P.P.V : 56,80 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

O

blanca, le : 25/09/2020

BENYHIA  
Abdenafic

56,60

Diprostone

1 infiltration



Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK - TAK  
99, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 40 56 44 / 05 22 20 20 41

Docteur MERINI Abderrazak  
Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle  
Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 29 69 16 - Fax: 05 22 29 69 35