

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
- 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



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

Déclaration de Maladie

№ M21- 066358

Maladie

☐ Dentaire

Optique

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2031 Société : 589

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ADP

Nom & Prénom : Belkhalo Marino

Date de naissance : 1943

Adresse : 131 Rue Larache Near El Hanaid Harf Salam Pess

Tél : 0651986827 Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Merini Abderrazak
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur)
Place Charles Nicollès Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél. : 0522.29.69.16 - INPE : 091188094

Date de consultation : 19 / 07 / 22

Nom et prénom du malade : M. H. B. 18 Age: 18

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

Nature de la maladie : Parasitose due à l'infestation

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 : Cabo Le : 26 / 07 / 92

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/04/2012	C3	C3	300	Dr. Merini Abdelrazak Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue 21, Rue Pasteur - Institut Pasteur Place Charles Nicolle - Bd. Abdou Moumen - Casablanca Tél: 0522.29.69.16 - INPE: 091188004

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX Angle Rue Place Charles Nicolle et Rue Dr. Magendie - Casablanca Tél.: 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83 05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01	19/04/12	Zr	250 MD

AUXILIAIRES MEDICAUX

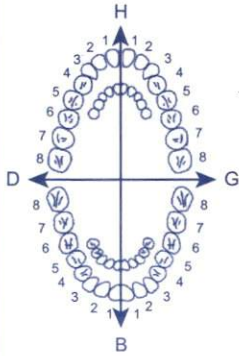
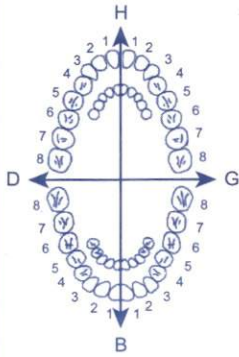
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

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

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق و رئيس عيادة مستشفيات ليون

الجراحة التعويضية من الورك و الركبة

جراحة القدم بالمنظار

ORDONNANCE

Casablanca, le : 19/07/2022

BEL KAHIA.
Mou'oi.

Radiographie

cheville G
F + P

Antécédent de fracture
multifocale externe il y a
long.

RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX
Angle Rue Place Charles Nicole et
Rue Dr. Magendie - Casablanca
Tél : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

Dr. Merini Abderrazak
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur)
Place Charles Nicollès Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522.29.69.16 - INPE : 091188094

21, إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المومن - الدار البيضاء

21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicollès - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Tél : 0522.29.69.16 : الهاتف - Fax : 0522.29.69.35 : الفاكس - GSM : 0668.62.18.13 : المحمول - INPE : 091188094

Casablanca, le 19/07/2022

Facture N° 2619/2022

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **CHIRANI NAIMA**

Examen(s) réalisé(s) :

Dr. Y. BOUZIDI

RX DE LA CHEVILLE GAUCHE DE FACE ET PROFIL

Montant : **deux cent cinquante (250 DH)**

Dr. M.Z. CHAOUI

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT CINQUANTE DHS

Dr. T. TAIFOUR

RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX
Angle Rue place Charles Nicolle et
Rue Dr. Magendie - Casablanca
Tél.: 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

Casablanca , le 19/07/2022

Patient : BELKAHIA MARIA

Examen réalisé : RX DE LA CHEVILLE GAUCHE FACE + PROFIL

Dr. N. BENNANI

Résultats :

- Pas de lésion osseuse décelable en dehors d'une légère déminéralisation de l'extrémité inférieure du péroné.
- Confrontation aux antécédents.

Dr. Y. BOUZIDI

Signé : Dr T. TAIFOUR

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX
Angle Rue Place Charles Nicole et
Rue Dr. Magendie - Casablanca
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01