

## RÉCOMMANDATIONS 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 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 tous les 6 mois.

### 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 Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-818599

187697

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIDAOUI Rachid

Date de naissance : 14/01/1983

Adresse : Habitude

Tél. : 0668 274783 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BENNANI FAYCAL**  
**TRAUMATO ORTHOPEDIE**  
**CHIRURGIE DU SPORT**

Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : Ridou Rachid Age : 40

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

Nature de la maladie : Doigt à l'os

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 DEC. 2023

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 : 20/12/2023 Le : 20/12/2023


Signature de l'adhérent(e) :

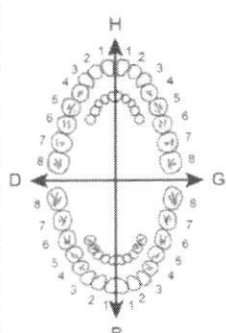
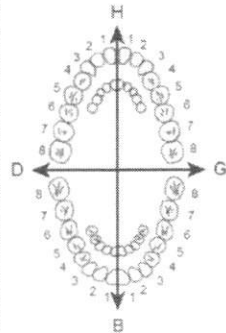


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/12/23	C.S		350.205	INP : 080016
<b>Dr. BENNANI FAYÇAL</b> <b>TRAUMATO-ORTHOPÉDIE</b> <b>CHIRURGIE DU SPORT</b>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/2023	483,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/12/23					600.205

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]													
D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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 [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

# ORTHOS



Centre de Traumatologie-Orthopédie  
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمفاصل  
والجراحة الرياضية

Date : 20/12/2023

## Ordonnance

MME RIDAOUI RACHIDA

- Esac 40 mg  
1 Gélule, avant le repas du matin pendant 20 jours
- CELEPHI 200  
1 Comprimé, soir, pendant le repas, pendant 20 jours
- Codoliprane 400 mg / 20 mg  
2 comprimés, matin, soir, pendant 10 jours
- DUORELAX  
2 Comprimés, MATIN et SOIR, pendant le repas, pendant 10 jours
- NEWFLEX WARM GEL  
1 APPLICATION, matin, midi, soir, pendant 21 jours

PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél.: 05 22 81 17 17

PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél.: 05 22 81 17 17

صيدلية الياسمين  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél.: 05 22 81 17 17

Dr. BENNANI FAYCAL  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE  
CHIRURGIE DU SPORT

ISOPHARM  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 dhs

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthosport@gmail.com



Date : 20/12/2023/ .....

## Ordonnance

**MME RIDAOUI RACHIDA**

4EME DOIGT A RESSAUT AU NIVEAU DE LA MAIN DROITE.

### INDICATION

FAIRE UNE INFILTRATION DE CORTICOIDES ET REVOIR  
DANS 3 SEMAINES.

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



# ORTHOS



Date : .....20/12/2023/.....

Centre de Traumatologie-Orthopédie  
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمفاصل  
والجراحة الرياضية

## Ordonnance

**Facture N°: 1735/2023**

Bénéficiaire : Mme Ridaoui Rachida  
organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
CNS	Consultation : DR BENNANI FAYCAL	1	350,00	350,00
IFL	INFILTRATION	1	600,00	600,00
			Total	950,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
neuf cent cinquante dirham(s)

ESPECES

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

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