

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-612388

173440

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8310 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELBOUANI HICHAM
 Date de naissance : 17/09/1967
 Adresse : Imp. EL BOUANI IM B19 APT 12
 Tél : 06 61 44 44 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 08 / 2023
 Nom et prénom du malade : ELBOUANI HICHAM
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint
 Nature de la maladie :
 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 : 05 / 08 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDD N° : A-A 215/2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/06/23	890	8000,000

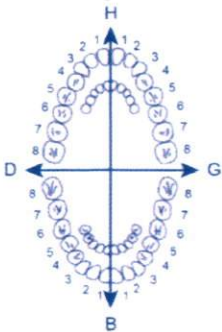
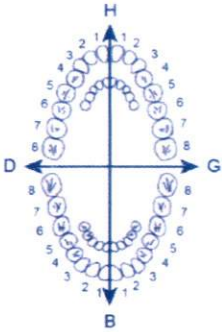
[illegible]

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 : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ibn Sina



٠٨٨٤٢١ ٨٤٠٤٠٤٠
٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠
٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠
٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠٤٠

05/06/23

Mr EL BOUNI Zbixam.

→ Laryngogramme

Dr. Boufettal MONSIE
Professeur agrégé
Transitologie orthopédie
CHU IBN SINA - Rabat

Dr. Abdelaziz BENSOUK KORAICH
MEDECIN RADIOLOGUE
2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 17 70
INP : 101029018



مركز طبي للفحص بالأشعة فثم

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH

IRM

SCANNER • RADIOLOGIE GENERALE • ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE
PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE • CONE BEAM • OSTEODENSITOMETRIE

FACTURE

Patient(e) : Ibtissam EL BOUNI

Date : 05/06/2023

N° Facture : 4856 /23

Assurance/Association: Aucune

NATURE DE L'EXAMEN

PRIX (DH)

PANGONOGAMME

800.00

Montant Total : 800.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Huit Cents Dirhams .

Dr. Abdelaziz BENSOUA KORAICHI
MEDECIN RADIOLOGUE
2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 68 17 70
INP : 101029015

2, شارع ابن خلدون - أكدال - الرباط (أمام ملعب الفتح) - الهاتف : 05 37 68 17 70 - المتنقل : 06 61 29 04 57

2, Av. Ibn Khaldoun - Agdal - Rabat (face au stade du FUS) Tél : 05 37 68 17 70 - GSM : 06 61 29 04 57

Patente N° : 25741739 - CNSS N° : 2665688 - I.F. N° : 20745938 - ICE : 001850355000071