

## 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 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.

N° W21-612388

173440

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8310

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ECONOMIQUE HISTHAM

Date de naissance :

17/09/1967

Adresse : 1st floor ECONOMIC IN R19 APT 12  
Blaisejour

Tél. : 0661111111

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ECONOMIQUE HISTHAM

Date de naissance :

17/09/1967

Adresse : 1st floor ECONOMIC IN R19 APT 12  
Blaisejour

Tél. : 0661111111

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société : RAY

### Autres

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : EL BOUANI REDISSA M

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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

Signature de l'adhérente(e) :

Le : 26/08/2023



### RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | INP : [REDACTED]   |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date  | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| [REDACTED]                             | ..... | .....                 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue     | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Abdellaziz BEN SOUFI MEDICAL CLINIC<br>Tél: 05 37 10 15 | 05/06/23 | 890                          | 8000,00                |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |       |       |       | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-------|-------|-------|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC    | IM    | IV    |                                 |
| .....                              | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... | .....                           |
| .....                              | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... | .....                           |
| .....                              | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... | .....                           |

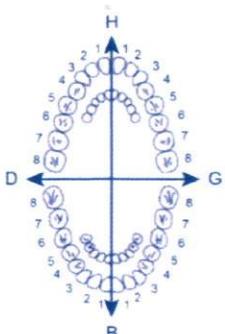
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

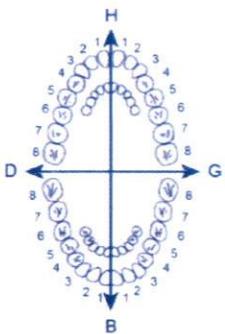
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------|
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------|



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

### [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

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]

FIN D'EXECUTION [REDACTED]

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

المملكة المغربية  
وزير الصحة

# المركز المستشفائي الجامعي ابن سينا

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

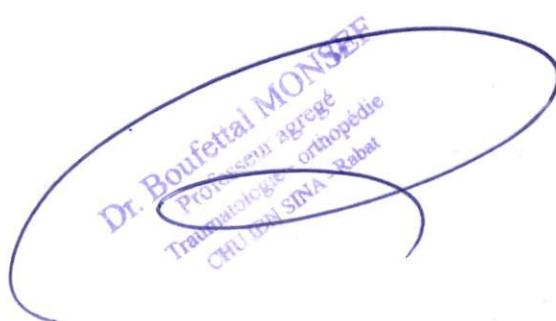


+٢٣٦٤٤ | ١٥٠٤٥٤٨  
+٢٣٦٥٤ | ١٨٤٠٤  
٠٢٣٠ ٠٧٦٩٦ ٠٣٨٠٦ ٠١٨ ٠٤١٠  
٠٢٣٠ ٠٧٦٩٦ ٠٣٨٠٦ ٠١٨ ٠٤١٠

05/06/23

1<sup>me</sup> EL BOUNI Ibtissam.

→ Rangonogramme



Dr. Abdelaziz SENOUSSI KORAISSI  
MEDECIN RADIOLOGUE  
2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 68 17 79  
INP : 101029916



مركز طبي للفحص بالأشعة فتح

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) |
|--------------------|-----------|
| PANGONOGRAMME      | 800.00    |

Montant Total : 800.00 DH

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

Dr. Abdelaziz BENSOUDA KORAICHI  
MEDECIN RADIologue  
2, AV. Ibn Khaldoun Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 17 70  
INP : 101029015