

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-445019

*par mail*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7008</b>	Société : <b>RAM</b>	178518	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>KTRI JADWAD</b>			
Date de naissance : <b>14 09 57</b>			
Adresse : <b>RES KM 5 APT 12 SAID HIFI SALE</b>			
Tél. : <b>0661373373</b>	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>(Handwritten signature over a blue rectangular box)</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>KTRI JADWAD</b> Age : <b>66 ANS</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>chute</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>+ les bras</b>			
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 : **SPLE** Le : **20/03/2013**  
 Signature de l'adhérent(e) : *(Handwritten signature)*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-445019
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <b>7008</b>	
Nom de l'adhérent(e) : <b>KTRI JADWAD</b>	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
01/03/2023	U			INP 06/03/2023 B

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie Dr Boumehdi BOURHAN Nédecin Radiotest INPT 181104123	2005-23		380,00 DH

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>														
		<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>														
		<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



لوبيرا

Dr Docteur Boumehdi BOUNHIR

الدكتور بومهدي بونهير

IRM 1,5 Tesla • Scanner 32 Barrettes • Echographie Doppler Couleur • Radiologie Générale Numérique  
Dentascanner • Panoramique Dentaire • Ostéodensitométrie • Mammographie • Radiologie Interventionnelle

Salé, le 20/09/2023

Nom du patient(e): Mr KTIRI Jaouad

Nom du médecin: Dr RABII Hicham

**RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DROITE DE FACE ET DE PROFIL**

- Aspect déminéralisé de la trame osseuse, sans lésion lytique, condensante ou mixte.
- Respect des corticales osseuses.
- Absence de lésion d'allure post traumatique.
- Pas d'épines sous ou sus calcanéenne.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance

Dr Boumehdi BOUNHIR





# مصحة سلا تابريكت

## CLINIQUE SALÉ-TABRIQUET

MÉDICO-CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE

Conventionnée avec (CNOPS - FAR - CNSS)

التطبيب - الجراحة العامة - جراحة الجهاز البولي - الجراحة التظيرية - أمراض النساء والولادة - الإنعاش - التخدير - جراحة الأنف والأذن والحنجرة  
جراحة الدماغ والجهاز العصبي وجراحة العمود الفقري - جراحة الوجه والعنق - جراحة التجميل - جراحة الشريانين - جراحة الأطفال  
جراحة العيون - جراحة العظام - قسم الأشعة



100003805

*Médecine*

*Chirurgie générale*

*Urologie*

*Endoscopie*

*Cœlio-Chirurgie*

*Chirurgie Gynéco*

*Obstétrique*

*Anesthésie-Réanimation*

*O.R.L.*

*Neurochirurgie*

*Chirurgie Cervico-faciale*

*Chirurgie Plastique*

*Chirurgie Vasculaire*

*Chirurgie Infantile*

*Chirurgie Ophtalmologique*

*Orthopédie*

*Traumatologie*

*Radiologie*

Sale, le : 28/01/2015

سلا، في

Journal chirurgical

Rx cheville F+I

Pa Thera x fess

Centre de Radiologie L'OPERA  
Dr Boumehdi BOUNHIR  
Médecin Radiologue  
Tél. +212 524 123

Centre de Radiologie L'OPERA  
Dr Boumehdi BOUNHIR  
Médecin Radiologue  
Tél. +212 524 123



46، زاوية شارع محمد الخامس وزنقة الفارسية - تابريكت - سلا

46, Angle Av. Med V & Rue Farsia -Tabriquet - Salé - GSM : 06 66 72 21 42

Tél. : 05 37 86 22 06 / 05 37 86 22 07 / 05 37 86 22 17 / 05 37 86 02 12 - Fax : 05 37 86 22 18

Patente : 29022485 -CNSS : 6558178 - IF : 36210110 - ICE : 001761804000092

**Centre de Radiologie  
L'OPERA**



**مركز الفحص بالأشعة  
لوبيرا**

د. سعيد بومنهي - ٣٥٣٤٤٥٠٦٣٥٠

Dr. Boumehdi BOUNHIR

الدكتور بومهدي بومنهي

IRM 1,5 Tesla • Scanner 32 Barrettes • Echographie Doppler Couleur • Radiologie Générale Numérique  
Dentascanner • Panoramique Dentaire • Ostéodensitométrie • Mammographie • Radiologie Interventionnelle

INPE : 101104123  
Medecin Radiologue  
Dr Boumehdi BOUNHIR  
Centre de Radiologie L'OPERA

Salé le : .....

**FACTURE**

N° 22372/2023

KTIRI Jaouad	20/09/2023
--------------	------------

<i>Examen(s) Réalisé(s)</i>	<i>Montant</i>
Thorax osseux : gril costal de face	180,00
RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE DROITE F+P	200,00
<b>TOTAL</b>	<b>380,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de:*

*TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS*

Identifiant à la taxe professionnelle : 29000480

IF : 40214867 ICE : 00179323000053 CNSS : 8938568

RIB 18181021211701681 011 3 30



لوبيرا لـ الفحص بالأشعة / اوپرا

Docteur Boumehdi BOUNHIR

الدكتور بومهدي بونهير

IRM 1,5 Tesla • Scanner 32 Barrettes • Echographie Doppler Couleur • Radiologie Générale Numérique  
Dentascanner • Panoramique Dentaire • Ostéodensitométrie • Mammographie • Radiologie Interventionnelle

Salé, le 20/09/2023

Nom du patient(e): Mr KTIRI JAOUAD

Nom du médecin: Dr RABII HICHAM

### **RADIOGRAPHIE DU THORAX OSSEUX DE FACE**

- Absence de lésion costale.
- Absence de lésion parenchymateuse.
- Silhouette cardiomédiastinale sans anomalie.
- Absence d'épanchement pleural liquide ou gazeux.

Merci de votre confiance.

Dr Boumehdi BOUNHIR