

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M21- 1054944

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8386 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rejointe

Nom & Prénom : ABOUFINASSE OUMANE

Date de naissance : 6-6-64

Adresse :

Tél : 067371280 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Majid BENNANI**  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
61 Rue OUM ERABIE / Angle Av. ATLAS  
Agdal, Rabat - Tél : 05 37 68 64 39  
Fax : 05 37 68 64 38 - GSM : 06 61 22 24 33

Date de consultation : 03/07/2021

Nom et prénom du malade : ABOUFINASSE OUMANE Age :

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 : RABAT Le : 03/07/2021

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
03/10/21	G		3000000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/10/21	229	3000000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

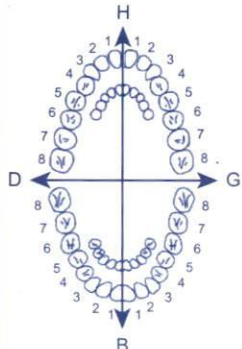
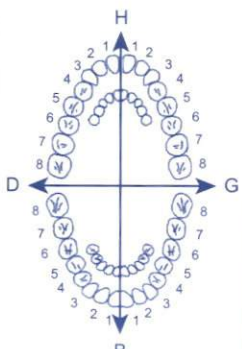
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Majid BENNANI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Adultes et Enfants

Docteur d'Etat des Hôpitaux de Paris  
(Lauréat de la Faculté Saint - Antoine)  
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Chirurgie du Sport - Arthroscopie  
Chirurgie de la Main - Microchirurgie  
Pathologies de la colonne vertébrale



الدكتور مجيد بناني

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل  
لللكبار والصغار

حاصل على دكتوراه الدولة بباريس  
جراح سابقا بمستشفيات باريس  
حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتروسكوبي  
جراحة اليد والجراحة الميكروسكوبية  
امراض العمود الفقري

**FACTURE** Rabat, le

**03/07/2021**

**ICE** 0015808100000 70  
**REF** BEN/CSCAB/MUPRAS/2021/04

**Nom :** ABOUFIRASSE

**Prénom :** OTMANE

**C2**

**300,00DH**

**Bilan Radiographie: RACHIS CERVICAL F/P**

**400,00DH**

**TOTAL**

**700,00DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de SEPT CENT DIRHAMS**

Dr. Majid BENNANI  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
61, P. OUM ERRABIA - Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 68 64 39 - Fax: 05 37 68 64 38  
GSM: 06 61 22 24 33

61, Angle Av. ATLAS et Rue OUM ERRABIA - Agdal - Rabat

Tél.: 05 37 68 64 39 - Fax : 05 37 68 64 38

Gsm : 06 61 22 24 33

CNSS : 6781430 - I.C.E. : 001580810000070 - I.F. : 34313779 - INP : 101024982 - PATENTE (TP) : 25735933

61، ملتقى شارع الأطلس وأم الربيع - أكدال - الرباط

الهاتف : 05 37 68 64 39 - الفاكس : 05 37 68 64 38

الهاتف المتنقل : 06 61 22 24 33

Dr Maïd BENNANI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Adultes et Enfants

Doctorat d'Etat des Hôpitaux de Paris  
(Lauréat de la Faculté Saint - Antoine)  
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Chirurgie du Sport - Arthroscopie  
Chirurgie de la Main - Microchirurgie  
Pathologies de la colonne vertébrale

Chirurgien  
Traumatologue

Adultes

Enfants

الدكتور مجيد بناني

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل  
للکبار والصغار

حاصل على دكتوراه الدولة بباريس

جراح سابقا بمستشفيات باريس

حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتروسكوبي

جراحة اليد والجراحة الميكروسكوبية

امراض العمود الفقري

Rabat, le

03/07/2021

Nom ABOUFIRASSE

Prénom OTMANE

**Radiographies pratiquées :**  
RACHIS CERVICAL F/P

**COMPTE RENDU**

ABSENCE DE LESIONS OSSEUSES TRAUMATIQUES OU DEGENERATIVE

Dr. Majid BENNANI  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
61, Angle Av. ATLAS et Rue OUM ERRABIA - Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 68 64 39 - Fax : 05 37 68 64 38  
Gsm : 06 61 22 24 33

61, Angle Av. ATLAS et Rue OUM ERRABIA - Agdal - Rabat

Tél.: 05 37 68 64 39 - Fax : 05 37 68 64 38

Gsm : 06 61 22 24 33

CNSS : 6781430 - I.C.E. : 001580810000070 - I.F. : 34313779 - INP : 101024982 - PATENTE (TP) : 25735933

61، ملتقى شارع الأطلس وأم الربيع - أكدال - الرباط

الهاتف : 05 37 68 64 39 - الفاكس : 05 37 68 64 38

الهاتف المتنقل : 06 61 22 24 33