

# 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.

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° W21-702867

pay courriel

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16773 Société : RAN 112823

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENKIRAN SIMAN

Date de naissance : 14/11/1977

Adresse : AU BIR KAREN VILLA HAJAR SOULHI RABAT

Tél : 0668815991 Total des frais engagés : 537,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/04/99

Nom et prénom du malade : Benkiran Siman

Age : 44

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ORAL GTR

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 : 18/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-702867

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 :


Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :


Date de dépôt :



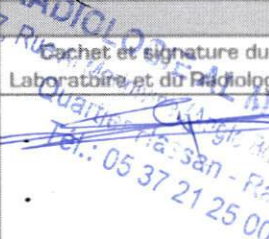
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/09	S	1	6.000	
9/09	S	1	6.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Courroisier	Date	Montant de la Facture
	7/10/22	137,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/04/22	730	40000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

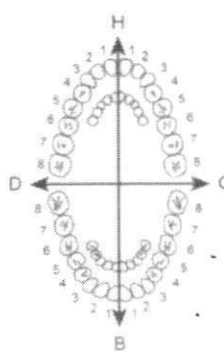
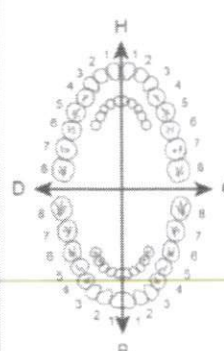
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"> <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>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
25533411	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

LOT 210579  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

OEDES 20mg  
14 gélules  
6 118001 100071

LOT 210 4  
PER 3/24  
8480

**DOCTEUR ALI CHRAIBI**  
**CABINET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**  
**RESIDENCE TARFAYA RUE BENGHAZI**  
**00212537701621**

chraibiali\_ma@yahoo.fr  
INP 101042679 PATENTE 25111809  
CNSS 2131514  
ICE 002083068000092  
10000 RABAT MAROC

Le 07/04/2022, Madame BENKIRANE Siham

8480  
BREXIN 1 BOITE

1 CP AU MILIEU DU FTOUR 10 JOURS

5280  
2-OEDES

137160  
1 AVANT LE FTOUR 10 JOURS

A REVOIR DANS 10 JOURS SUR RENDEZ-VOUS AU  
0537701621 POUR CONTROLE .

Pharmacie BIR KACEN  
Avenue Bir Kacem, Souissi  
Rabat - Tél.: 05 37 85 98 20

Dr. A. CHRAIBI  
Spécialiste ORL  
1, Rue Benghazi - RABAT  
Tél : 05 37 70 95 95



RABAT, le 04 Avril 2022

Nom patient : BENKIRAN SIHAM

Né(e) le 14 Novembre 1977

N° Dossier : 22001360 Identifiant : F-22-02-0151-045

Médecin traitant : DR.A. CHRAIBI

EXAMEN(S) REALISE(S) : RADIOGRAPHIES DES ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES  
(BOUCHE OUVERTE ET BOUCHE FERMEE)

ATM droite et gauche :

Bouche fermée :

- Parfaite congruence des surfaces articulaires osseuses qui apparaissent homogènes, sans image d'irrégularité corticale.
- Respect de l'interligne articulaire

Bouche ouverte :

- Position normale du condyle mandibulaire lors de la course mandibulaire.

Conclusion :

- Radiographie des ATM sans particularités ce jour.

Cordialement  
DR IDRISI HIND

DOCTEUR ALI CHRAIBI  
CABINET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
RESIDENCE TARFAYA RUE BENGHAZI  
00212537701621

chraibiali\_ma@yahoo.fr  
INP 101042679 PATENTE 25111809  
CNSS 2131514  
ICE 002083068000092  
10000 RABAT MAROC

Le 04/04/2022, Madame BENKIRANE Siham

RADIOGRAPHIE ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

1-BOUCHE OUVERTE

2-BOUCHE FERMEE

PATIENTE PRESENTANT UNE OTALGIE GAUCHE  
UNIQUEMENT A LA MASTICATION

Dr. A. CHRAIBI  
Specialiste ORL  
1, Rue Benghazi - RABAT  
Tel : 037 95 95

06/04/2022/30186.

RADIOLOGIE AL MARJINE  
7, Rue Al Marjine (Angle 300m de la Marjine)  
Quartier Hassan - Rabat  
Tel.: 0537 21 25 00

M U P R A S

N° Admission : 22001360 N° Facture : 22001319 Date facturation : 04/04/2022

Nom et prénom du patient : **Mme BENKIRAN SIHAM**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX 2 ARTICULATION TEMPOROMAXILLAIRE BO/BF	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

**Total : 400.00 DH**

Adhérent : SIHAM BENKIRAN

Mle :

PC N° :

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 400.00 DH

RADIOLOGIE AL MARINYINE  
 7, Rue Al Marinyine, Angle Bd. Al Alaouyine, Quartier Hassan Rabat / زقة المرينية، زاوية شارع العلوين - حي حسان - الرباط  
 Mammographie Sd. Alaouyine  
 06 77 00 00 00