

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.

123676

Déclaration de Maladie : N° P19-0021966

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8735 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

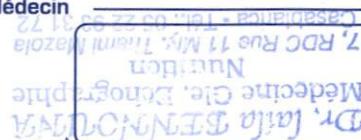
Nom & Prénom : SLAOUI Amin Date de naissance : 9-7-1967

Adresse : 131 rue brache el casab

Tél. 0661322154 Total des frais engagés : 1063,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/07/22

Nom et prénom du malade : SLAOUI Amin

Age : 21

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : CASAB

Le 02/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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
20/02/22	C		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
CACHET RADIOLOGIE DANS LE Dossier Ci-contre			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																																																																				
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">D</td> <td>11 21</td> <td>22</td> <td rowspan="4">G</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>26</td> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>27</td> <td>21433552</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>28</td> <td>00000000</td> <td>20000000</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>36</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>47</td> <td>37</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>38</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>39</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>40</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>41</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>42</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>31</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>32</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>33</td> <td>33</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</div> <div>Date du devis <input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Fin d'exécution <input type="text"/></div> <div></div> </div>			D	11 21	22	G	12	23	13	24	14	25	15	26	H		16	27	21433552	Montant détaillé des honoraires	17	28	00000000	20000000	18		00000000	00000000	48	36	35533411	11433553	47	37			46	38			45	39			44	40			43	41			42	42			41	31			32	32			33	33		
D	11 21	22	G																																																																			
	12	23																																																																				
	13	24																																																																				
	14	25																																																																				
15	26	H																																																																				
16	27	21433552	Montant détaillé des honoraires																																																																			
17	28	00000000	20000000																																																																			
18		00000000	00000000																																																																			
48	36	35533411	11433553																																																																			
47	37																																																																					
46	38																																																																					
45	39																																																																					
44	40																																																																					
43	41																																																																					
42	42																																																																					
41	31																																																																					
32	32																																																																					
33	33																																																																					

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--	--

VOLET ADHERENT		NOM : <input type="text"/>
DECLARATION N°		P 14 / 0014733
Date de Dépôt		Montant engagé
		Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
		Mle Cachet MUPRAS

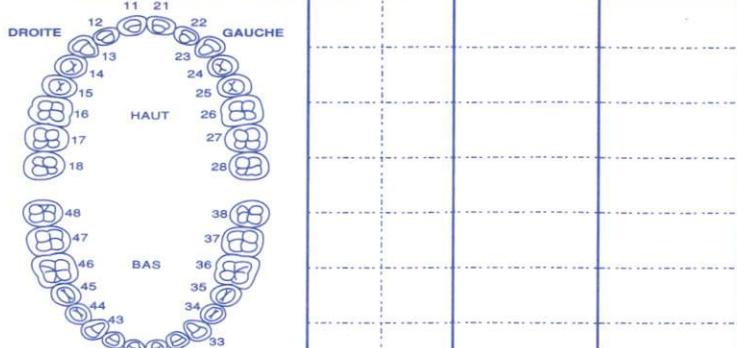
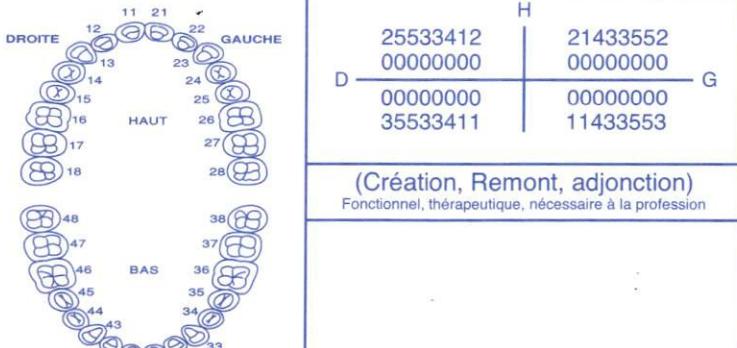
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8735	
Nom & Prénom		SLAOUI Amine	
Fonction		CDB	Phones 0661322194
Mail		SLAOUI.Amine@Gmail.com	
MEDECIN	Prénom du patient		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		20000	
PHARMACIE	Date		
D 210722			PHARMACIE ELABIDINE Route d'Azemmour Km 11 Dar Bouazza Casablanca Tel 022 29 03 71
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		
CACHET			

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																																																													
																																																																	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																																																															
		<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50px;">DROITE</td> <td style="width: 50px;">11 21</td> <td style="width: 50px;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>23</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>24</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>38</td> <td></td> </tr> <tr> <td>47</td> <td>37</td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>36</td> <td></td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>35</td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>34</td> <td></td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>33</td> <td></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>30</td> <td></td> </tr> </table>	DROITE	11 21	GAUCHE	12	22		13	23		14	24		15	25		16	26		17	27		18	28		48	38		47	37		46	36		45	35		44	34		43	33		42	32		41	31		40	30		<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50px;">H</td> <td style="width: 50px;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
DROITE	11 21	GAUCHE																																																															
12	22																																																																
13	23																																																																
14	24																																																																
15	25																																																																
16	26																																																																
17	27																																																																
18	28																																																																
48	38																																																																
47	37																																																																
46	36																																																																
45	35																																																																
44	34																																																																
43	33																																																																
42	32																																																																
41	31																																																																
40	30																																																																
H	G																																																																
25533412	21433552																																																																
00000000	00000000																																																																
00000000	00000000																																																																
35533411	11433553																																																																
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																																															
		Coefficient des travaux Montant des soins Début d'execution Fin d'execution																																																															
		Date du devis Fin d'execution																																																															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'execution																																																															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0014731		
 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



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

P 14 / 0014731

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE Date Montant de la facture		Signature et cachet du médecin	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 05/07/2022 Désignation des Coefficients $(210 \times 2) + (2 \times 2)$ $(210 \times 2) + (21 \times 2)$ 488.00		Signature et cachet du Pharmacien	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires		 CACHET	

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



لـ بـ بـ بـ بـ بـ

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغدية

تخسيس الوزن بالآلات متخصصة

Casablanca le :

02/07/22

الدار البيضاء في :

Slamia .
Rivine

- Celebrex 200

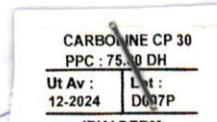
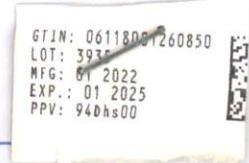
gél - Tydol 500 mg

33mg x 20 - bacile

1 cp x 20

25. - Carbostil 500 mg

65 - Dr. Laila Bennouna



05.22.93.31.72 - مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7. rez de chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000058

ABIDINE

PHARMACIE

ROUTE DE TANGER KM 11

CASABLANCA

TEL: 05.22.93.31.72

M U P R A S

N° Admission : 22007026 N° Facture : 22006831 Date facturation : 05/07/2022

Nom et prénom du patient : Mme SLAOUI NIVINE

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS CERVICAL F/P, RACHIS DORSAL F/P	1.00	488.00	488.00
		Sous-Total	488.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent quatre-vingt huit dirhams Total : 488.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	488.00 DH
PC N° :		



Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليل بونو

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغدية

تخسيس الوزن بالآلات متخصصة

Casablanca le : ٥٢/٠٧/٢٢ الدار البيضاء في :

Slasui
Nivine

- RX du thorax
Cervical et
thoracique



RADIOLOGIE ANOUAL

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Hamza FARAJ

RADIOLOGUE

Dr. Laila BENNOUNA
Médecin Général, Echographie
7, RDC Rue 11 - Angle Moulay thami et Rue 22 - Mazola
Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

7. الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053

Casablanca, le 05 Juillet 2022

MME. SLAOUI NIVINE

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU RACHIS DORSAL FACE ET PROFIL

- La cyphose est respectée.
- La hauteur et l'alignement des corps vertébraux sont conservés.
- Respect des espaces intersomatiques.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Conclusion :

Radiographie du rachis dorsal ne révélant pas d'anomalie.

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE FACE ET PROFIL

- Respect de la lordose
- Respect des espaces intersomatiques
- Respect de la hauteur et l'alignement des corps vertébraux

Conclusion :

Radiographie du rachis lombaire ne révélant pas d'anomalie.

**RADIOLOGIE ANOUAL**
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Hamza FARAJ
RADIOLOGUE
DR FARAJ HAMZA

