

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-808251

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7157 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ALB332

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-808251

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 : .....



# 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	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											



W18-393984

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 7157

Nom & Prénom

LEBABI BOUHAB

Fonction

Resp.

Phones

0622776500

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Lebabi Bouhab

Adhérent

Conjoint

☒ Enfant

Age

Date

20 JUIN 2023

Nature de la maladie

infirmité du 25 dents de la main st.

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

-

150,

PHARMACIE

Date

20/06/23

Montant de la facture

90.800m

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 20/06/2023

Désignation des Coefficients

Rx Dmt Lu  
main F/P

Montant détaillé des Honoraires

350,00

43 JUIN 2023

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

# ORDONNANCE

....., Le : .....

Nom : ..... 20 JUIN 2023

Age : .....

Lebabi Bahis

Rx du 2<sup>e</sup> doigt de la  
main dr <sup>A</sup> <sub>CP</sub>



Cachet

Date de prochaine visite: .....

Dr BOUDAP Lassa  
Médecin Général  
1-11 Annam, Im. 1013 Chiffa  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.89.89.09

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale  
Diplôme U. en Diabétologie  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الطب العام  
دبلوم جامعي في داء السكري  
خريجة كلية الطب العام  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 20/06/23 : الدار البيضاء، في :

Lebabi Bahia

90.80

- Astaph 500

1 gel x 3 / 1

Torn = 90,80



20/06/23

Dr BOUDAD Latifa  
Médecine Générale  
Lot Annaïm Imm A20 M3 Oulfa  
CASABLANCA - Tél : 05 22 91 32 44





# مركز الفحص بالأشعة مدار جورج

## CENTRE DE RADIOLOGIE ROND POINT GEORGE

Dr. SANDI SALMA  
Médecin Radiologue

- IRM haut champs 1,5 T - Scanner 32 B - Echographie générale - Doppler couleur  
- Radiographie numérisée et interventionnelle - Osteo-articulaire - Mamographie Numérique  
- Rachis entier - Panoramique Dentaire

Casablanca le, 20/06/2023

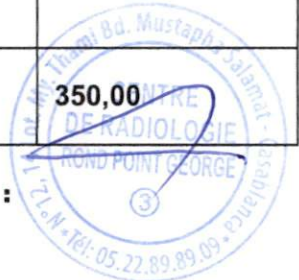
### Facture N°:270

Organisme :MUPRAS  
le nom du patient:BENOUAHI BAHIA

ICE :None

Exam	Prix
RX DOIT DE LA MAIN F/P	350,00
Total	350,00

Arrêté le montant de la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Cinquante Dirham(S)





# مركز الفحص بالأشعة مدار جورج

## CENTRE DE RADIOLOGIE ROND POINT GEORGE

Dr. SANDI SALMA  
Médecin Radiologue

IRM haut champs 1.5 T<sup>+</sup> Scanner 32 B - Echographie Générale - Doppler Couleur - Radiologie numérisée  
Et Interventionnelle - Osteo-articulaire - Mammographie Numérisée - Rachis entier - Panoramique Dentaire

**NOM ET PRENOM : Mme BENOVAHI BAHIA**  
**MEDECIN PRESCRIPTEUR : Dr BOUDAD LATIFA**

**20/06/2023**

### **Radiographie de la main droite face et profil**

#### **Résultats :**

- Déminéralisation osseuse débutante.
- Absence de lésion lytique ou condensante suspecte décelable.
- **Discret épaissement nodulaire des parties molles en regard de P2 du 4<sup>e</sup> rayon de la main droite sans réaction osseuse ou périostée notable.**
- Pincement radio-carpien modéré avec condensation radiale.
- Absence de carpite.
- Absence de trait de fracture récent ou ancien
- Rhizarthrose débutante.
- Discrets remaniements arthrosiques des articulations IPP et IPD.



DR SANDI SALMA

MERCI POUR VOTRE CONFIANCE

**Docteur Salma SANDI**  
**Médecin Radiologue**  
**INPE: 091215376**

ICE : 002597538000093 - TP : 36002557 - IF : 47259851