

## 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-808251

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7157

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

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 CNPD N° : A-A-215/2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-808251

Rémplissez 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 :

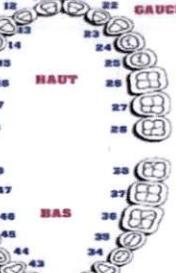
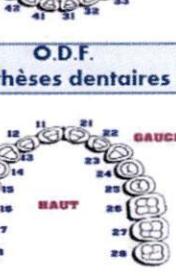
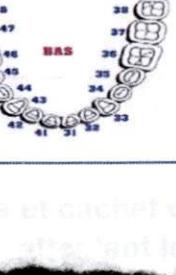
Date de dépôt :

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

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W18-393984		DATE DE DEPOT /...../201...	
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b> <b>Mme 7157</b>					
Nom & Prénom <b>LEBABBI Bousmib</b> Fonction: <b>Perse.</b> Phones. <b>0622776500</b> Mail: <b>lebabbi_bahia@yahoo.fr</b>					
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <b>lebabbi Bahia</b> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age: <b>20</b> Date <b>20 JUIN 2023</b>			
Nature de la maladie <b>Infert du 2<sup>e</sup> doigt de la main dt.</b>		Date 1 <sup>ère</sup> visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<b>C</b>		<b>-</b>	<b>150</b>		
<b>PHARMACIE</b>		Date <b>20/06/2023</b>			
Montant de la facture <b>90.80000</b>					
<b>ANALYSES - RADIOPHARIES</b>		Date <b>20/06/2023</b>			
Désignation des Coefficients <b>RxDent Lu main F/P</b>		Montant détaillé des Honoraires <b>350,00</b> <b>23 JUIN 2023</b>			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date: <b>20/06/2023</b>			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		

# ORDONNANCE

....., Le :

20 JUIN 2023

Nom : .....

Age : .....

lebabi Bahia

rx du 2<sup>e</sup> doigt de la  
main droite



Cachet  
Date de prochaine visite:

Docteur Latifa BOUDAD

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

الدكتورة لطيفة بوضاض

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

90,80

1x1 + 3 IT

90,80

Totm = 90,80 dt



20/06/23

Dr BOUDAD Latifa  
Médecine Générale  
L't Annaïm Imm A20 App. 3 El 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
<b>Total</b>	<b>350,00</b>

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



**Dr. SANDI SALMA**  
Médecin Radiologue

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

**NOM ET PRENOM :Mme BENOUAHI BAHIA**

20/06/2023

---

MEDECIN PRESCRIPTEUR : Dr BOUDAD LATIFA

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

## Résultats :

- Déminéralisation osseuse débutante.
- Absence de lésion lytique ou condensante suspecte décelable.
- **Discret épaississement 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

📍 N° 12.14 Moulay Thami,Boulevard Mustapha Salamat, ( Rond point George ) Haj Fateh ,Oulfa ,Casablanca

📞 05 22 89 89 09 📩 radiologie.george@gmail.com 🌐 www.radiologie-george.ma