

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 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° W21-821842

194479

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9070 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GARTI SANAE

Date de naissance : 07/03/1966

Adresse : Secteur 15 TS Rue Babana NR 8 HAA

ADAD RABAT

Tél. : 061259863 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAÏK Hiba
Médecin Interne
CHU Ibn Sina-Rabat-Salé

Date de consultation : 24/01/2024

Nom et prénom du malade : Sanae EP Garti Age : 57

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Traumatisme suite à un AVP

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AVP de base cinétique

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 : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-821842

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 : 9070

Nom de l'adhérent(e) EL GARTI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien ou du Fournisseur	Date	Moment de la Faciure
	22.01.26	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
24-1-24			250,50
24-1-24			120,00

[illegible]

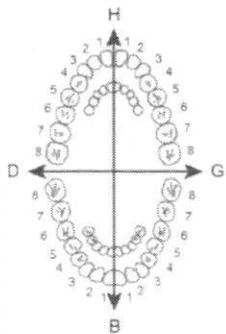
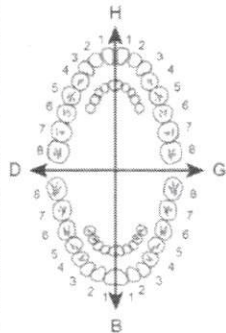
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE : HIS/24/N/021901

Hôpital Ibn Sina

Date création : 24/01/2024

Couverture médicale : Payant (espèce/chèque)

Bénéficiaire		Adhérent	
IP :	00595642	Nom et Prénom:	SANAE , EL GARTI
Nom et Prénom :	SANAE , EL GARTI	N° CIN:	GK2705
N° CIN :	GK2705	N° Immatriculation:	
Adresse :	sect 19 rue babiana no 08 hay ryad rabat -		

Date Examen	Service	Acte	Description	Qte.	Prix	Montant
24/01/2024	Bureau d'admission et de facturation	T131	NGAP- Examen Radiologique Du Bassin, Y Compris Les Sacro- Iliques, Une Incidence	1	112,50	112,50
24/01/2024	Bureau d'admission et de facturation	T164	NGAP- Rachis Segmentaire, Cervical, Dorsal, Lombo-Sacré, Sacré-Coccygien	2	75,00	150,00

Date Début: 24/01/2024

TOTAL :

262,50

DH

Date fin:

Deux Cent Soixante-Deux Dirhams et Cinquante Centimes

A versé au compte n°310810100012400042530138 à la trésorerie générale de RABAT au nom de l'Hôpital Ibn Sina
Adresse : Avenue Ibn Rochd -BP 6542 Rabat Instituts- standard du CHUIS : 0537676464

Imprimé le:24/01/2024 14:22

ICE : 002056603000048 / INPE : 100004563

Page 1 de 1

FACTURE : HIS/24/N/021967

Hôpital Ibn Sina

Date création : 24/01/2024

Couverture médicale : Payant (espèce/chèque)

Bénéficiaire		Adhérent	
IP :	00595642	Nom et Prénom:	SANAE , EL GARTI
Nom et Prénom :	SANAE , EL GARTI	N° CIN:	GK2705
N° CIN :	GK2705	N° Immatriculation:	
Adresse :	sect 19 rue babiana no 08 hay ryad rabat -		

Date Examen	Service	Acte	Description	Qte.	Prix	Montant
24/01/2024	Bureau d'admission et de facturation	T205	NGAP- Radio Du Thorax	1	120,00	120,00

TOTAL : 120,00 DH

Date Début: 24/01/2024

Date fin:

Cent Vingt Dirhams



A versé au compte n°310810100012400042530138 à la trésorerie générale de RABAT au nom de l'Hôpital Ibn Sina
Adresse : Avenue Ibn Rochd -BP 6542 Rabat Instituts- standard du CHUIS : 0537676464

Imprimé le:24/01/202415:58

ICE : 002056603000048 / INPE : 100004563

DEMANDE DE RADIOLOGIE

IPP : 00595642

D. demande : 24/01/2024

Patient : EL GARTI SANAE

D. prévue : 24/01/2024

Age : 57 Ans

Service demandeur : Bureau d'admission et de facturation

Genre : Féminin

Demandé par : khadija Ait mansour

Modalité : Radiologie Conventionnelle

Centre Destination : Hôpital Ibn Sina

EXAMENS SOLLICITES

Teleradiographie du thorax

RENSEIGNEMENT CLINIQUE



DEMANDE DE RADIOLOGIE

IPP : 00595642

Patient : EL GARTI SANAE

Age : 57 Ans

Genre : Féminin

Modalité : Radiologie Conventionnelle

D. demande : 24/01/2024

D. prévue : 24/01/2024

Service demandeur : Bureau d'admission et de facturation

Demandé par : AFAF BENDRIOUECH

Centre Destination : Hôpital Ibn Sina

EXAMENS SOLLICITES

Bassin 1 incidence

Rachis dorsal face + profil

Rachis lombaire face + profil

RENSEIGNEMENT CLINIQUE



2657

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Sina - Rabat

N° 183305

Etablissement : Hôpital Ibn Sina

Reçu de M :

La Somme de :

Handwritten signature: Samir Garti
Handwritten text: Cat. 1000

Nature de la Recette	Somme
<i>021 967</i>	
Total	<i>020100</i>

24/01/02
Le

Signature du
Régisseur Auxillaire

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale
C.H.U. Ibn Sina - Rabat

N° 183277

Etablissement: Hôpital Ibn Sina

Reçu de M :

La Somme de :

Nature de la Recette	Somme
021901	
Total	262100

Le

Signature du
Régisseur Auxillaire

Hôpital:

Bloc:

N° 118536

مستشفى:

Rabat, le

24/01/

20

24

BULLETIN DE CONSULTATION

Médecin de garde

Nom du malade

Sonae EL CANTI

Examiné le

à

h.

OBSERVATION:

SOINS:

ORIENTATION:

ORDONNANCE

Rx Bossin (F+P)

Rx Rachi's Dorso
la boire (F+P)

Dr. BOUJONDAR Youssef
Médecin Interne
CHU, Ibn Sina-Rabat-Salé



Hôpital:
Bloc:

N° 1186.69

مستشفى:

Rabat, le

24/10/2

20

24

BULLETIN DE CONSULTATION

Médecin de garde

Nom du malade

Soussi El Gharbi

Examiné le

à

h

OBSERVATION:

SOINS:

Dr. BOUJONDAR Youssef
Médecin Interne
CHU, Ibn Sina - Rabat-Salé

ORIENTATION:

ORDONNANCE

EXTX

HOPITAL IBN SINA - RABAT
RECEU
AUSCULTATION
CCR
Urgences
Centre Hospitalo-Universitaire
Hôpital Ibn Sina - Rabat

Hôpital:
Bloc:

مستشفى:

N° 424384

Rabat, le 24/10/2024

BULLETIN DE CONSULTATION

Médecin de garde

Nom du malade Sonae EL Ganti

Examiné le à h

OBSERVATION:

SOINS:

Dr. BOUJONDAR Youssef
Médecin Interne
CHU Ibn Sina Rabat

ORIENTATION:

ORDONNANCE

22.00

Cédol 1g: 1cp 3x/j
pendant 08 j

Pharmacie Sandouk
Secteur 18, N° 24, 19 Annexe
Mosquée Saïf, Hay Riad
Rabat - Tél: 05 37 71 71 10

351122

Composition :

Paracétamol..... 400 mg
 Codeine phosphate..... 20 mg
 Excipients..... q.s.p 1 comprimé.
 Ne pas laisser à la portée des enfants
 AMM N° 376/18 DMP/21/NRQ

Cédol®

PARACETAMOL / CODEINE

Cédol®
PARACETAMOL / CODEINE

Voie orale

SYNTHEMEDIC



Voie orale

20 Comprimés

12



Laboratoires SYNTHEMEDIC
 20-22, Rue Zoubier Briou El Aouam
 Roches Noires - Casablanca

Liste I - Uniquement sur ordonnance

مستعمل في الصيدليات فقط
 No pas dispensée in stores prescrites

صيدول

باراسيتامول / كودين

Cédol®
 20 Comprimés



6118000180913

(101x42x20mm)

20 حبة

عن طريق الفم

سينتيمديك

22,00