

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-470158

W19-470158 = 16902

Voir avec
MA ACT
TALIBÉ

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10153

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Marhoun Labir

Date de naissance : 06/03/1968

Adresse : 38 Rue Abou Jhade El Maroussi Maarif

Tél. : 0661150243

Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2019

Nom et prénom du malade : MARHOUN SALHA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Dnt ch selon enclure

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 : Casablanca

Le : 23/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Signature]

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
23/07/98	GAL		300,-	INP : - - - - - Bd. Ghondal, Résidence Cosobionco et S'lonkha Monsoy Chirurgie Maxillo-faciale Docteur M. N. N.

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/12/19	€ 31	2500

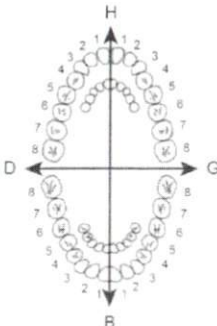
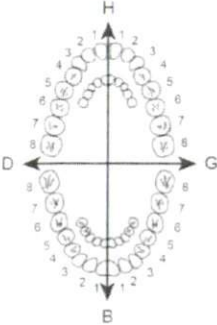
[illegible]

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 des cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	

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

الدكتور أحمد كنون

أخصائي أمراض الفم وجراحة الوجه والفكين
الجراحة التجميلية وللوجه



Docteur Ahmed GANNOUNE

Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face



091033738

Date : 23/12/19

GARHMA SALTA

R^x panoramique dent

Docteur Ahmed GANNOUNE
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Stomatologie
Bd. Ghandi - Résidence Mansour
Imm. 7 Appt. 2 - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 941 946

Bd. Ghandi - Résidence Mansour. Imm. 7 Appt. 2 RDC (En face Lydec Ghandi) - Casablanca

Patente : 34826254 - I.F. : 18799087 - ICE : 00171266700025

Tél. / Fax : 05 22 941 946 - GSM : 06 60 405 354 - Email : ganouneahm@yahoo.fr

En Cas d'Urgence : 06 62 807 029

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERKADA M.

Radiologue

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 24770967 L.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 23/12/2019

FACTURE

Nom & Prénom : **MARHOUM SALMA**

Date d'examen : 23/12/2019

Examen(s)	
PANORAMIQUE DENTAIRE	
Montant TOTAL	250

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT CINQUANTE DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERKADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed BAH
Tél: 0522.23.74.82
Fax: 0522.23.77.05

17, Rue Mohamed BAH (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

H/Z

Casablanca , le 23/12/2019

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

Enf. MARHOUM SALMA

- I.R.M. (1,5 Tesla)
- SCANNER VCT
(64 Barettes)
Angioscanner
Coroscanner
coloscanner
Denta-Scanner
- SCANNER
CORPS ENTIER
- DENSITOMETRIE
BIPHOTONIQUE
- RADIOLOGIE
NUMERIQUE
- MAMMOGRAPHIE
NUMERIQUE
- PANORAMIQUE
DENTAIRE
NUMERIQUE
- ECHO-DOPPLER
COULEUR

PANORAMIQUE DENTAIRE :

- Absence de lésions osseuses mandibulaires ni des articulations temporo-maxillaires.
- Pas d'anomalies apicales.
- Dents de sagesse incluses.

Dr. BERRADA M.
RADIOLOGIE DU MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z
17. Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax 0522 23 77 05

Avec mes amicales salutations.

16, Rue Mohamed BAH
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :
Tél. : 05.22.25.74.82
05.22.25.30.30
05.22.23.79.34
Fax : 05.22.23.77.05
I.C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maârif :
IRM : 05.22.23.23.12
05.22.99.30.31
Fax : 05.22.25.38.73
irm-maarif@hotmail.fr
I.C.E : 001744959000074
Patente :34770967
I.F. : 1087675