

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

N° W19-547253

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0013394

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ayoub CHETOUANI

Date de naissance : 1996/05/17

Adresse :

Tél. : 0634247638

Total des frais engagés :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

/ /

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|       |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|       |                   |                       |                                 |  |
|       |                   |                       |                                 |  |
|       |                   |                       |                                 |  |
|       |                   |                       |                                 |  |
|       |                   |                       |                                 |  |
|       |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date            | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-----------------|------------------------------|------------------------|
| 30/06/2020  | Rx. pans. Amque |                              |                        |
|   |                 |                              |                        |
|   |                 |                              |                        |
|   |                 |                              |                        |
|   |                 |                              |                        |
|   |                 |                              |                        |
|   |                 |                              |                        |

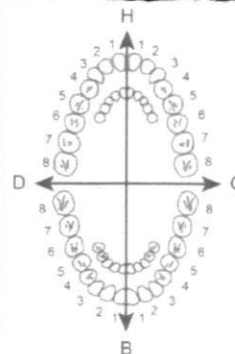
INPE:  
091234179

## AUXILIAIRES MEDICAUX

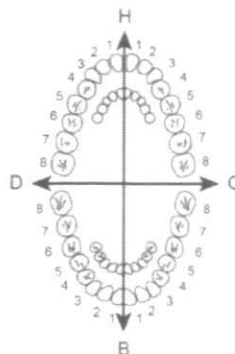
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |   |
|----------|----------|---|
| H        |          |   |
| 25533412 | 21433552 |   |
| 00000000 | 00000000 |   |
| D        |          | G |
| 00000000 | 00000000 |   |
| 35533411 | 11433553 |   |
| B        |          |   |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

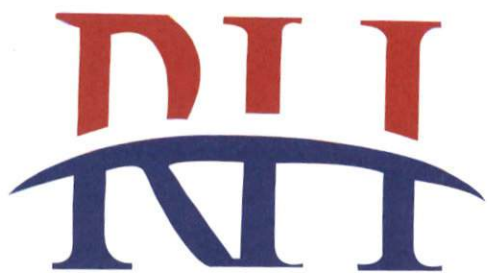
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





**RADIOLOGIE AL HASSANI**

**الفحص بالأشعة الحسني**

Votre Santé ... Notre Devoir

•IRM•SCANNER•ECHOGRAPHIE•DOPPLER•MAMMOGRAPHIE•PANORAMIQUE  
Casablanca, le 30/06/2020  
OSTEODENSITOMETRIE •RADIOPHOTO

**FACTURE N° : 01406/2020**

Nom & Prénom : CHETOUANI AYOUB  
Date d'examen : 30/06/2020

**INPE:**  
**091234179**

| Examens            | Honoraires    |
|--------------------|---------------|
| RADIO PANORAMIQUE  | 200 DH        |
| <b>NET A PAYER</b> | <b>200 DH</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**DEUX CENTS DH**

**RADIOLOGIE AL HASSANI**  
Bd Oued Sabou El wifak 1  
N° 966 - 970 - 972 Hay El Oulfa Casa  
Tél: 05 22 90 90 29 / 05 22 89 25 26

Votre Santé ... Notre Devoir

**Radiologie AL HASSANI**

Tél : +212 522 90 90 29 - +212 522 89 25 26  
GSM : +212 661 97 76 09  
Fax : +212 522 91 17 59  
Email : radiologie.alhassani@gmail.com

Adresse : N° 966 - 970 - 972, Db Oued Sabou  
El Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208  
TP : 32960805 - CNSS : 1398594  
ICE : 002153526000090



Votre Santé ... Notre Devoir

**RADIOLOGIE AL HASSANI**

**الفحص بالأشعة الحسني**

•IRM•SCANNER•ECHOGRAPHIE•DOPPLER•MAMMOGRAPHIE•PANORAMIQUE  
OSTEODENSITOMETRIE •RADIOPHOTO

Casablanca le 30/06/2020

PATIENT : CHETOUANI AYOUB  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE

- ✓ Caries de 18.
- ✓ La dent 28 est enclavée siège d'une image radioclaire de sa couronne : Carie.
- ✓ Petites images radioclares des couronnes de 26, 37 et 46 faisant suspecter des caries.
- ✓ Matériel dentaire et de traitement endocanalair en place.
- ✓ Absence d'anomalie radiculaire.
- ✓ Absence de lésion osseuse.
- ✓ épaissement muqueux polypoïde du fond du sinus maxillaire droit.
- ✓ Aération normale du sinus maxillaire gauche.
- ✓ ATM en place, d'aspect normal.

Confraternellement  
Dr HASSAINE

Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://196.70.250.243:8088/images>

Login : 49626

Mot de Passe : 36627

### Radiologie AL HASSANI

Tél : +212 522 90 90 29 - +212 522 89 25 26

GSM : +212 661 97 76 09

Fax : +212 522 91 17 59

Email : radiologie.alhassani@gmail.com

Adresse : N° 966 - 970 - 972, Db Oued Sabou

El Wifak 1 Hay El Oulfa - Casablanca

R.C : 419573 - IF : 31865208

TP : 32960805 - CNSS : 1398594

ICE : 002153526000090