

## 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

*Ait Moulad Markhlisa*  
**Déclaration de Maladie**  
**M23-0017229**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 942 Société : 204898  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Ait Moulad Ahmed  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 14/05/2024  
 Nom et prénom du malade : Ait Moulad Markhlisa Age: 70 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) :



### 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
25/04/24			6	

**Docteur Mohamed MIRA**  
Gastro-Entérologue, Proctologue, Médical et Chirurgical  
18 Lotissement n°14 - 7 km L. Casablanca  
Tél: 05 22 82 52 69

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MOUSSAFIR</b> Dr. I. A. Moussafir Gare Routière de Ziar Derb Kabir N° 38 - Casablanca Tél: 05 22 82 07 55	25/04/24	603,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

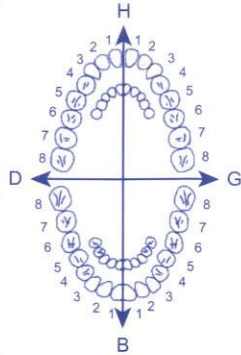
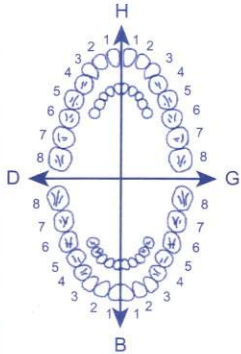
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez 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 <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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				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

# Docteur Mohamed ACHIBA

## الدكتور محمد عشيبة



- Spécialiste des maladies de l'appareil digestif.  
Foie, Vésicule biliaire, estomac, intestins, hémorroïdes.
- Echographie-endoscopie digestive-proctologie.
- Ex Chef de Service de Gastro-entérologie  
Hôpital Mly Youssef à Casablanca.
- Membre de la société française de Gastro-entérologie.

- أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي.  
الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير.
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي،  
تشخيص و جراحة أمراض المخرج.
- رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقا بمستشفى  
مولاي يوسف الدار البيضاء.
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي.

Casablanca, le :

25/04/24

Dr. Mohamed ACHIBA

8801<sup>ve</sup> Sy mme h x  
14 f  
1231<sup>ve</sup> By m artial t r o f e s  
14 f  
u o 3 1<sup>ve</sup>

PHARMACIE MOUSSAFIR  
Dr. A. Moussafir  
Gare Moulay Youssef - Casablanca  
Derb Kabir N° 38 - Casablanca  
Tél: 05 22 82 07 55

Docteur Mohamed ACHIBA  
GASTRO-ENTÉROLOGUE HÉPATOLOGUE  
PROCTOLOGUE Médical et Chirurgie  
10 Lotissement Mv Thami F  
Casablanca - Tél: 05 22 82 07 55

LOT:2403024  
EXP:11/2025  
PVC:280.000H

Fabr:   
Distributeur par:  
10 Rue Roche Volveurt, Maarif  
Casablanca, Maroc  
Site de fabrication  
Commune Sahel had soussem  
+212 522 23 22 31  
contact@healthinnovation.ma  
www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV 59 217 19  
HT (réglementaire du ministère de la santé)  
20232304466/V1/CA/DPS/DMP/18



Scannez moi



LOT:2401012  
FAB:01/2024  
EXP:01/2027  
PVC:123.000H