

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0029448

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AIT BILAL Brahim  
Gastro-Entérologue  
112 Av. Mohammed V Rés. Redouane  
4ème Etage N°38 - Tanger  
Tél: 05 31 05 10 72

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) :


*chi*



# 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
26/05/2020	Contrôle		Gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/20	898,20
	26/05/20	136,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/05/20	B100	140 Fdh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

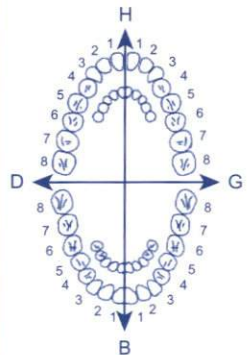
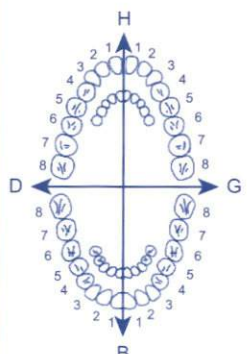
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Brahim AITBIHI

Hepato-Gastroenterologie

Diplômé de la faculté de médecine de rabat  
Ancien médecin aux hôpitaux de Caen (France)  
Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat



## د. براهيم آيت بيهي

طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

خريج كلية الطب بالرباط  
طبيب سابق بمستشفيات كان بفرنسا  
المصري بالرباط

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V : 143,60 DH  
6 118000 061069

KRIBECH FATIMA

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V : 143,60 DH  
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V : 143,60 DH  
6 118000 061069

① OROKEN 200 mg, 14 360 x 3

1 cp matin et soir, Pdt 10 jours.

② APROVASC 150 mg/15 mg, 15 980 x 3

1 cp / j, Pdt 3 mois

898,20

26/05/2020

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 155,80 DH  
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 155,80 DH  
6 118001 082025

N°38, 4 eme etage, Residence Redouane, 112 Avenue Mohammed 5

(en face de Technopark, place des nations), Tanger

Fixe : 05 31 06 10 72 - GSM : 06 82 35 34 71 - Mail : draightbihi@gmail.com



# Dr Brahim AITBIHI

Hepato-Gastroenterologue

Diplômé de la faculté de médecine de rabat  
Ancien médecin aux hopitaux de Caen (France)  
Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat



## د. براهيم آيت بيهي

طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

خريج كلية الطب بالرباط  
طبيب سابق بمستشفيات كان بفرنسا  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط



KRIBECH FATIMA



35,70

ALPRAZ 0,5 mg : 1/2 cp soir (1 boîte).



27,00

ALIVIAIR 50 mg : 1 cp matin et soir (1 boîte).



73,10

FORLAX : 1 sachet matin midi soir,

si Constipation.

136,20

N°38, 4 eme etage, Residence Redouane, 112 Avenue Mohammed 5  
(en face de Technopark, place des nations), Tanger

Fixe : 05 31 06 10 72 - GSM : 06 82 35 34 71 - Mail : draithubi@gmail.com

# Dr Brahim AITBIHI

Hepato-Gastroenterologue

Diplômé de la faculté de médecine de rabat  
Ancien médecin aux hôpitaux de Caen (France)  
Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat



## د. براهيم آيت بيهي

طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

خريج كلية الطب بالرباط  
طبيب سابق بمستشفيات كان بفرنسا  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

KRIBECH FATIMA

① ECBU

Dr. AITBIHI Brahim  
Gastro-Entérologue  
112 Av Mohammed V Rd., Redouane  
4ème Etage, N° 38 - Tanger  
Tél: 05 31 06 10 72

LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
MEDICALE CHELLAH  
Dr. Brahim AITBIHI  
112 Av. Mohammed V, App. 20, Tanger  
Tél: 05 31 06 10 72

N°38, 4 eme etage, Residence Redouane, 112 Avenue Mohammed 5  
(en face de Technopark, place des nations), Tanger

Fixe : 05 31 06 10 72 - GSM : 06 82 35 34 71 - Mail : draithubi@gmail.com

# Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale "CHELLAH"

Dr Chakib BOUQLILA EL MEKKOUDI  
Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Diplômé de l'Université René Descartes de Paris

14, Rue Lafayette, 1er étage, Apt. 20  
TANGER

Tél. : 0539 94 01 07  
Fax : 0539 32 29 39

CNSS : 2431063  
Patente : 50435754  
IF : 81476370  
ICE : 001596432000032  
INPE : 161038013

Tanger le 1 juin 20

Madame KRIBECH FATMA

FACTURE N°	127950
------------	--------

Analyses :			
Cytobactériologie des urines -----	B	100	Total : B 100
TOTAL DOSSIER		140,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Quarante Dirhams

LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
M. BOUQLILA EL MEKKOUDI  
Dr. BOUQLILA EL MEKKOUDI Chakib  
14, Rue Lafayette, 1er étage, Apt. 20 Tanger  
Tél. : 0539 94 01 07  
Fax : 0539 32 29 39



# مختبر التحليلات الطبية شالة

## LABORATOIRE CHELLAH D'ANALYSES MÉDICALES

14، زنفة لأفابيط الطابق الأول الشقة رقم 20 - طنجة - الهاتف : 05 39 94 01 07 / الفاكس : 05 39 32 29 39  
14, Rue la Fayette 1<sup>ère</sup> étage App. 20 - Tanger - Tél : 05 39 94 01 07 / Fax : 05 39 32 29 39

Dossier ouvert le 01/06/20  
Edité le 02/06/20

Madame KRIBECH FATMA  
Dossier : 20F61  
Docteur BRAHIM AITBIHI

Page : 1/1

### BACTERIOLOGIE

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Couleur -----: Jaune.  
Aspect -----: Clair.

#### EXAMENS CHIMIQUES

Glucose -----:	Négatif.	VN : Néant
Acétone -----:	Négatif.	VN : Néant
Nitrite -----:	Négatif.	VN : Néant
Bilirubine -----:	Négatif.	VN : Néant
Sang -----:	Négatif.	VN : Neant
Protéines -----:	Négatif.	VN : Néant
Densité -----:	1,010	
pH -----:	7,5	VN : 5,5 - 7

#### EXAMEN DIRECT

Leucocytes -----: 2.10(3)/ml.  
Hématies -----: < 10(3)/ml.

#### EXAMEN DU CULOT

Culot -----: Faible.  
Cellules -----: Quelques.  
Cristaux -----: Absence.  
Cylindres -----: Absence.  
Levures -----: Absence.  
Parasites -----: Absence.

#### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Dénombrement de germes -----: < 10(3)/ml.  
Identification -----: Stérile.

LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
MÉDICALE CHELLAH  
Dr. Bouqlila El Mekhoudi Chakib  
14, Rue La Fayette App 20 Tanger  
INPE : 161038012

Dr. BOUQLILA EL MEKKOUDI Chakib

Médecin Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V des Sciences Biologiques