

# 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

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

42943

## Déclaration de Maladie : N° P19-0008731

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005 Société : RAN.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUMI ELmontaga Date de naissance : 11/03/1951

Adresse : Habituelle

Tél. : 0666962276 Total des frais engagés : 697,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124, Bd. El Khoil - Ain Chock  
Casablanca - Tel : 022 52 51 34

Date de consultation : 08/09/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : 08/09/2020


Le : 08/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :


*[Signature]*

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologie  
124, Bd. El Khoil - Ain Chock  
Casablanca - Tel : 022 52 51 34

### 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
08/09/20	C	1	250.38	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/20	447.90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

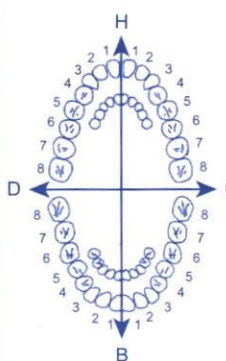
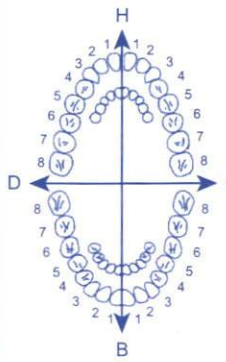
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

# Docteur Chakib HAJJI

Diplômé en Allergologie et Immunologie Clinique

(Faculté de Médecine de Limoges)

Ex. Médecin Attaché au CHU de Tours

## MALADIES ALLERGIQUES

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah

Ain Chock - Casablanca

Tél : 0522 52 51 34

# الدكتور تشاكيب حاجي

دبلوم أمراض الحساسية و المناعة

(كلية الطب بليموج)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بتور

## أمراض الحساسية

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 52 51 34

Casablanca, le 08/09/16 في الدار البيضاء،

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnou al aouam roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER

100µg par dose Pdes p ush  
Flacon de 120 doses

103/14 DMP/21/NRO P.P.V.: 243,00 DH  
6 118001 020928

AGOURI ELMOSTAFA

ICE :

002193518000013

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
ID : 645310  
6 118001 142262

243,00

① Symbicort 100/6

3 ج 1/3

115,00  
37,00

② AVAL 745. 1/3

③ Duoaxol. 1/3 x 3/3

52,90 ④ Spemag. 1/3

447,90 ⑤ AZILISE 1/3

Docteur CHAKIB HAJJI  
Allergologue  
124, Bd El Khalil - Ain Chock  
Casablanca - Tel: 0522 52 51 34

STEPHANACIE HANZA  
C/° ANCA  
Lote: Hajjatan 6° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 52 51 34

PVXOL 500mg/2mg  
37,00

52,90