

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-485645

18235

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société : RAM
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MOHAMMED
 Nom & Prénom : Diani
 Date de naissance : 11/7/1947
 Adresse : 165 Sidi el
 Tél. : 06 71 42 62 70 Total des frais engagés : 838,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. A. HAJ KHLIFA
Pneumo Allergologue
93, Avenue Mers Sultan
Tél: 05 22 49 18 73 / 74 Casa
INPE: 091070876

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2019
 Nom et prénom du malade : Diani
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Parent ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 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 : Le : 08 / 11 / 2020
 Signature de l'adhérent(e) :

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 Étage 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

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
21-12-2023	3		209,0	INP: 09 12 23 8 8 IMPE: 091070870 24 18 73 / 14 Casa allergologues Dr. A. F.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie du CAF	21 01 9080	438160

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et date radiologique	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2006-11-26	Fin	200,00

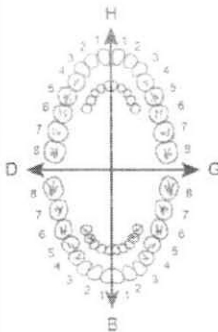
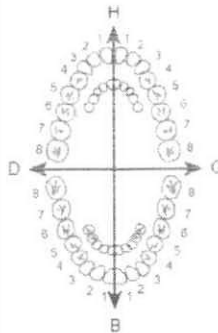
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	B																											
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																								
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																								

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

Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire
Asthme, Allergies Respiratoires
Tuberculose Spirométrie - Bronchoscopie
Ancien Médecin des Hôpitaux de France
Diplôme Universitaire de la Prise en Charge
de l'Infection HIV

الدكتور عبد الوهاب الحاج اخلفية

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
أمراض الرئة، الحساسية، السل
الفحص بالتنظير الداخلي
فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le 21 / 1 / 20

الحمد لله
أخي



$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

$2 \times 3 \times 75 = 57,10$

صيدلية الكاف
Pharmacie du CAF
Mme CHAOUI SAMIRA
1 Rue Al Oukhouane Beauséjour
Casablanca - Tél: 05 22 39 89 73

Dr. A. HAJ KHLIFA
Pharmacien
100-117
Tél: 05 22 39 89 73
INPE: 05 22 39 89 73



Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire
Asthme, Allergies Respiratoires
Tuberculose Spirométrie - Bronchoscopie
Ancien Médecin des Hôpitaux de France
Diplôme Universitaire de la Prise en Charge
de l'Infection HIV

الدكتور عبد الوهاب الحاج اخلفية

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
أمراض الرئة، الحساسية، السل
الفحص بالتنظير الداخلي
فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le 21 / 1 / 20 في الدار البيضاء،

السلامة = جاري

Respiratoire =

diode
ou v
ou v

21

Dr. A. HAJ KHLIFA
Pneumo Allergologue
93, Avenue Mers Sultan
Tél: 05 22 49 18 73 / 74 - 06 63 05 51 17
INPE: 091070872

ORDONNANCE

Dr. A. HAJ KHLIFA
Pneumo Allergologue
93, Avenue Mers Sultan
Tél: 05 22 49 18 73 / 74 Casa
INPE: 091070870

Le: 22/12/20

El Dine

Note de Prescription

consultation	=	2000
Radiographie	=	2000
Total	=	4000

Dr. A. HAJ KHLIFA
Pneumo Allergologue
93, Avenue Mers Sultan
Tél: 05 22 49 18 73 / 74 Casa
INPE: 091070870