

# 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)

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



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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016946

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2951 Société : 19609

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAZZAQ Ahmed Date de naissance : 15/02/1955

Adresse : EL OMARIA Rue 42 N°170 Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL HAIBA Abdella  
Pneumologue  
74 Angle Bd de Fes Bd 2 Mars  
Casa. Tél. : 22.50.73.15

Date de consultation : 23/01/2020

Nom et prénom du malade : RAZZAQ Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : Affection des dents

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 : ACCUEIL 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
23/01/20	Cs		250,00	<b>Dr. EL HADJ A. Abdelkhalik</b> <b>Pneumologue</b> <b>71 Angle Bd de Fes Bd 2 Mars</b> <b>Casa. Tél.: 22.50.79.15</b>
	+ Rx Thorax		200,00	
			450,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE OMARIYA CASABLANCA</b> Rue 49 Lot. Omariya Mosquée Omariya Hay Inara Ain Chock Casablanca Tél.: 05 22 52 36 29	23/01/2020	188,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

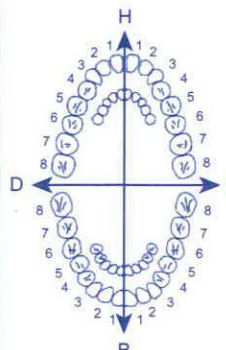
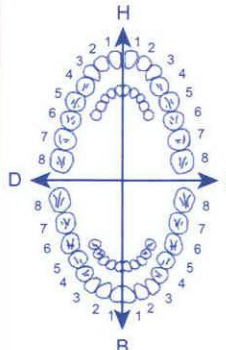
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'OD

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"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Abdellah EL HAIBA

SPÉCIALISTE EN  
PNEUMOPHTISIOLOGIE

Diplômé de l'Université de Paris  
Membre de la Société Française  
de Tabacologie

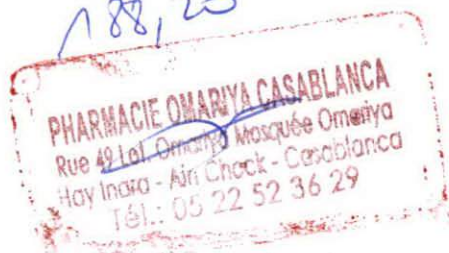
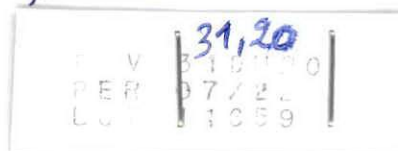
الدكتور عبد الله الهيبة

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

Diplômé d'Echographie  
Diplômé de Tabacologie  
Maladies de Poumons - Asthme  
Tuberculose - Allergie respiratoire  
Aide au sevrage tabagique

Casablanca, le 23/01/2020 في الدار البيضاء،

157,00 /  
- Leva max 1g  
31,20  
- Pom de thail 517p  
188,20



Dr. EL HAIBA Abdellah  
Pneumologue  
74 Angle Bd Fès Bd 2 Mars  
Casablanca. Tél.: 05 22 50 79 15

DOCTEUR EL HAIBA ABDELLAH

Casablanca, le : 23/01/2020

SPECIALISTE des Maladies Respiratoires  
Et allergiques.  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

Mr/Mme/Melle : RAZZAK AHMED

Reçu :

Radio Thorax

Z<sub>12</sub> = 200.00 dhs

Cachet du médecin

Dr. EL HAIBA Abdella.  
Pneumologue  
74, Angle Bd de Fès Bd 2 Mars  
Casa. Tél: 05.22.50.79.15

74, Angle Bd 2 Mars & Bd de Fès - Casablanca Tél. : 05-22-50-79-15 fax : 05-22-21-46-06



DOCTEUR EL HAIBA ABDELLAH

Casablanca : 23/01/2020

SPECIALISTE des Maladies Respiratoires  
Et allergiques.

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

Mer. : RAZZAK AHMED

Radiographie thoracique

- Parenchyme pulmonaire bien aéré
- Hiles libres.
- Culs de sac pulmonaire bien visibles.
- Pas de cardiomégalie.

**Conclusion :** RX thorax normale.

Cachet du médecin

Dr. EL HAIBA Abdella  
Pneumologue  
74, Angle Bd de Fès Bd 2 Marr  
Cas. Tél: 05.22.50.79.: