

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° P19-0026841

12476

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5000 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : MOUHINE ABDELHAK  
 Date de naissance : 02/03/1968  
 Adresse : Habitation -  
 Tél. : 06 61 99 11 81 Total des frais engagés : 1100 Dhs  
 Email : abdelhak.01@live.fr

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/07/2022

Nom et prénom du malade : MOUHINE ABDELHAK Age : 61

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 : CASablanca Le : 28/07/2022

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
21/07/22	C.S		300,00 DH	Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Médecin Résident Dr. L'HASSANI SARA Neurologie 199061862

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/07/22	EMG	800,00

# 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) 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



# وصفة طبية Ordonnance

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médecin Résident Dr LHASANI SARA  
Neurologie  
09068182

Casablanca, le : 24/07/2022

EMG

patient âgé de 61 ans  
sous ATD particuliers  
se présente pour une NCB récidivante  
à l'examen Neuro:

Deficit moteur MS distale droit  
Deficit sensoriel allouant du coude droit, moi  
(hypoesthésie)  
ROT présents et symétriques  
RCP en flexion  
myotrophie du LA interosseux et (moi)  
pes de scapulothoracique  
examen des paires crâniennes: RAS

Veuillez faire un ENMG

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Médecin Résident Dr LHASANI SARA  
Neurologie  
09068182





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21/07/2016

Quittance - Paiement espèces

0690769

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 3000

Patient : MOUHAÏG ABDELHAK

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 28/07/2022

Quittance - Paiement espèces

0693683

IPP : .....

N° D'admission : 2200537797 Montant : 800 Dh

Patient : MOUHSEN ABDELLAH

Cachet

**F A C T U R E**

N° 90.967 / 2022 du 21/07/2022

Nom patient : **MOUHINE ABDELHAK**

Entrée 21/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements				Total encaissé	Solde
					300,00





**F A C T U R E**

N° 94.578 / 2022 du 28/07/2022

Nom patient : **MOUHINE ABDELHAK**

Entrée 28/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 28/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ELECTROMYOGRAMME DES QUATRE MEMBRES	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>800,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

HUIT CENTS DIRHAMS

**Total 800,00**

Encaissements						Total encaissé	Solde
							800,00



---

**Conclusion:**

Les vitesses de conduction sensibles sont normales aux 4 membres avec respect des amplitudes des réponses.

Les vitesses de conduction motrices sont normales aux 4 membres avec un effondrement des amplitudes des potentiels d'actions musculaires des nerfs Médian et Ulnaire droits.

L'EMG de détection montre des potentiels lents de dénervation au repos au niveau de l'abducteur du pouce droit avec à l'effort des tracés intermédiaires riches accélérés avec des PUM de petites tailles. La détection au niveau des muscles Jambier antérieur et mentonnier est sans anomalie.

**Examen ENMG en faveur d'une atteinte de la corne antérieure localisée au territoire cervical avec un profil récent à la détection.**

**Une amyotrophie spinale reste possible sans éliminer une SLA débutante.**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Prof. ELHABRI Hamid  
Neurologie  
28/07/2022 14:46






**MUPRAS**  
MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 28/07/2022

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule : 5000	N° de poste :
Nom et Prénom de adhérent : M. MOUHINE ABDELHAK	N°Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire : M. MOUHINE ABDELHAK	N°Tél. domicile : 06.61.89.11.81
A remplir par le praticien	
Je soussigné : 	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M :	
Nécessite : in ENNC des 04 membres	
Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) :	
Une hospitalisation de : (Approximatif) :	
A : (préciser l'établissement hospitalier) :	
Strictement confidentiel	
Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
Attente de la cause antérieure Aggravation du déficit des membres supérieurs	
Cachet, date et signature du praticien	
A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS	
Décision :	

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com