

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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**  
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

N° W21-761632
148 324

MQ-PPV

Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

Matricule : 97021
Société :

Actif
 Pensionné(e)
Autre :

Nom & Prénom : SADIKI ALLAL BEN ABDELLAH

Date de naissance : 10/06/1965

Adresse : 7/Bd Driss 1er, Res. Marocaine B  
CASABLANCA

Tél. : 06 61 41 72 89
Total des frais engagés : 1000 Dhs

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Cachet du médecin : Dr. Mohamed AABID  
Hématologue  
115, Boulevard Abderrahim Bouabid  
2<sup>me</sup> Etage N°10 Oasir - Casablanca  
Tél. : 0522.40.40.60/0522.24.37.42  
Gsm: 0696.51.93.61 INPE: 91087445  
ICE:00182228700046

Date de consultation : 03/10/2023
Age: 52

Nom et prénom du malade : ALLAL BEN ABDELLAH

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

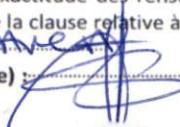
Nature de la maladie : **ACCUER**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACCIDENT**

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 : 03/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
3/02/2023	CH	2	400,00 DHS	INP : <b>Dr. Mohammed LAABID</b> Hématologue 115, Boulevard Abderrahim Bouabid 2 <sup>me</sup> Etage N° 10 Oatis - Casablanca Tel : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 GSM : 0666.51.93.61 Tél : 0522.40.40.60 - INPE: 91087445

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmissoir	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ALEXANDRIE</b> Mme BEN MELLOUN Pouzi Docteur en Pharmacie 35, Boulevard Alexandrie Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca <small>INSP: 000000001 IFE: 00 1927 34 000 00</small>	20/01/2024	932,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>			<b>H</b>	<b>G</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
<b>H</b>	<b>G</b>													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	B													
00000000 35533411	00000000 11433553													
<b>B</b>														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed LAABID**  
**Hématologie Clinique**  
**Adultes et Enfants**  
**Autogreffe de Moelle**

Ancien Maître Assistant à la Faculté  
 de Médecine et au Service d'Hématologie  
 du C.H.U. Ibn Rochd(Casablanca)

Ancien Résident Etranger  
 C.H.U. Henri Mondor  
 (Créteil-France)

Membre de la société  
 Française et Marocaine d'Hématologie  
 Sur Rendez-vous



الدكتور محمد العابد  
 اختصاصي في أمراض الدم  
 (أطفال - كبار)  
 زرع النخاع العظمي  
 أستاذ مساعد سابق بجامعة السقارة  
 بكلية الطب وقسم أمراض الدم  
 بالمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
 مقيم سابق بالخارج  
 بالمركز الجامعي هانري موندور  
 (كربيل - فرنسا)

Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca  
 INPE: 092004456 - ICE: 00 1837 636 000 0

بالموعد

3 - 2 - 23

Dr. Laabid - ملخص -

30,00 - HYATROXIC ملخص  
 28,90 - Fe18ne دايت  
 193,60 - inexium 40  
 232,50 - ref 115

**Dr. Mohamed LAABID**  
 Hématologue  
 115, Boulevard Abderrahim Bouabid  
 2<sup>ème</sup> Etage N°10 Oasis - Casablanca  
 Tél.: 0522.40.40.60/0522.24.37.42  
 Gsm: 0696.51.93.61  
 ICE: 001822287000046 - INPE: 91087445

شارع عبد الرحيم بوعبید الطابق الثاني الرقم 10 الوازيس  
 الهاتف: 0522.24.37.44 / 0522.40.40.60 / 0696.51.93.61

115, Boulevards Abderrahim bouabid 2<sup>ème</sup> Etage N°10 Oasis - Casablanca  
 Tél. : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - Fax : 0522.24.37.44 - Gsm : 0696.51.93.61  
 E-mail : m\_laabid@hotmail.fr - ICE : 001822287000046 - INPE : 91087445