

## 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
- 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**

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

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0005364**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société : 159981

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DIAXI MOHAMED

Date de naissance : 16/11/1945

Adresse : 40 bis rue de la Pharmacie du Café

Tél. : 0671 426720 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/5/2013

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CAS BLANCHES Le : 07/5/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/05/23        |                   | 1                     | 250,0                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture  |
|--|------------|--|
| <b>PHARMACIE DU CAF</b><br>Dr. Hind Benmoussa<br>1 Rue Al Okhouane<br>Tél : 05 22 39 89 73 | 08.05.2023 | 468,40<br><b>PHARMACIE DU CAF</b><br>Dr. Hind Benmoussa<br>1 Rue Al Okhouane<br>Tél : 05 22 39 89 73 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <b>A. HAJ KHALED</b><br>Pneumo Allergologue<br>93, Avenue Mers Sultan<br>Tél: 05 22 49 18 73 / 74 Cas<br>INPE: 0910702870 | 08/05/23 | 312                          | 209,00                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

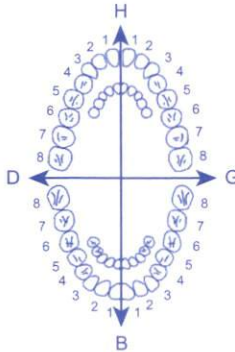
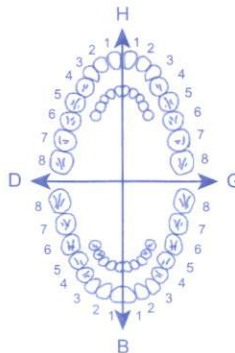
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|   |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| <b>O.D.F</b><br><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><br>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

**Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA**

**الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة**

Facultés de Toulouse (France)  
de l'Appareil respiratoire  
rgies respiratoires  
diplôme universitaire  
meil et Ronflement  
INPE 091070870

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)  
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية  
دبلوم جامعي أمراض  
الشخير و التنفس في النوم

| LOT        | 222515                 |
|------------|------------------------|
| EXP        | 08 24                  |
| PPV        | 154.60 DH              |
| DURÉE      | MATIN MIDI SOIR        |
| DURATION   | MORNING MIDDAY EVENING |
| Voie orale | Oral route             |
| AVANT      | APRÈS                  |
| BEFORE     | AFTER                  |

| LOT        | 222515                 |
|------------|------------------------|
| EXP        | 08 24                  |
| PPV        | 154.60 DH              |
| DURÉE      | MATIN MIDI SOIR        |
| DURATION   | MORNING MIDDAY EVENING |
| Voie orale | Oral route             |
| AVANT      | APRÈS                  |
| BEFORE     | AFTER                  |

Casablanca, le 8/5/23 في الدار البيضاء،

7 = 7000

7000 = 500 =

24,60

25 x 615 x 85

I sobre 2000

PHARMACIE DU CAF  
Dr. Hind Benmoussa  
1 Rue Al Okhouane  
Tel : 05 22 36 89 73

LOT 222795 1  
EXP 09 2027  
PPV 57 10

82,10

T = 448,40

LOT : 2559  
PER : 10/25  
PPV : 82DH10

DR. A. HAJ KHLIFA  
Pharmacien Allergologue  
93, Avenue Mohammed VI  
Casablanca 20150  
INPE: 091070870

**Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA**

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

**Allergies respiratoires**

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

**الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة**

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي

الحساسية

دبلوم جامعي أمراض

الشخير و التنفس في النوم

Casablanca, le 08/05/23 في الدار البيضاء،

Dr. HAJ KHLIFA

**Compte rendu de radiographie**  
**du thorax**

Nom : HAJI Prénom : Mohamed

Ad. HAJI Mohamed

Dr. HAJ KHLIFA

Dr. HAJ KHLIFA

Dr. HAJ KHLIFA

**Dr. A. HAJ KHLIFA**  
Diplômé des Facultés de Toulouse (France)  
Spécialiste de l'Appareil respiratoire  
97, Avenue Mohammed VI, Casablanca  
Tel: 05 22 38 18 73 / 74  
INPE: 091070870



# Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)  
Spécialiste de l'Appareil respiratoire

**Allergies respiratoires**  
Diplôme universitaire  
Sommeil et Ronflement  
INPE 091070870  
ICE 001726704000005

## الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)  
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية  
دبلوم جامعي أمراض  
الشخير و التنفس في النوم

Casablanca, le 08/05/23 في الدار البيضاء،

### Note d'honoraires

Nom : Dian

Prénom : Mohamed

Consultation

250,00

Nébulisation

200,00

Radiographie du thorax

Exploration fonctionnelle respiratoire

Polygraphie ventilatoire

Poly-somnographie

Tests cutanés d'allergie

Total = 450,00

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