

## 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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-825768

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HABATI HASNAA

Date de naissance :

Adresse : 4, LOT HANZA - SIDI MAARUF CASABLANCA

Tél. : 9629 Total des frais engagés : 448,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeslam EL MADANI  
Chirurgien  
INPE : 091057661  
22 Bd. Omar El Khayam Beauséjour  
Tél : 0522 36 69 00 Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HABATI HASNAA Age :

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

Nature de la maladie : Douleur abdominale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

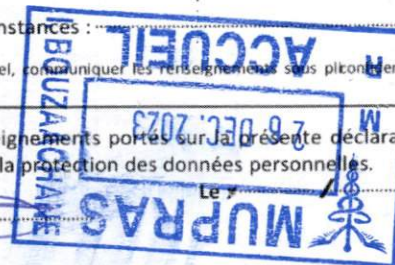
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

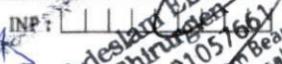
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le :

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
08/12/23	LS	2	30000	

INPE: 091057661  
Dr. Abdelhamid El Chirouine  
INPE: 0522 36 69 00  
22.01.2012  
Tel: 0522 36 69 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacien M. Hamed GERMANE Docteur en Pharmacie</p>	03/12/23	108.80

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

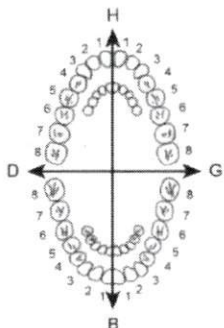
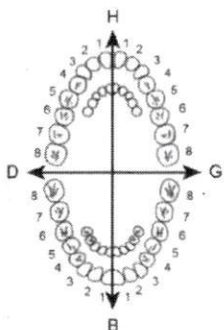
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the central axis. The central axis is labeled H at the top and B at the bottom. The left side is labeled D and the right side is labeled C.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

LA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr. Abdeslam El Madani

Chirurgie Viscérale & Digestive Coelioscopique  
Lauréat de la faculté de médecine de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ex chirurgien à l'hôpital militaire de Meknès



**د. محمد السلام المديني**  
جراحة الجهاز الهضمي والغدد الجراحية بالمنظار  
خريج كلية الطب بباريس  
جراح سابقا بمستشفيات باريس  
جراح سابقا بالمستشفى العسكري بمكناس  
الجراحة بالمنظار  
جراحة الجهاز الهضمي و المخرج  
الجراحة الباطنية العامة  
جراحة النساء والغدد  
جراحة السرطان - جراحة العروق  
الخنانة

Coeliochirurgie  
Chirurgie Viscérale et Digestive  
Chirurgie Cancérologique  
Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne  
Proctologie - Chirurgie des Varices  
circoncision

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء 08.12.2023

Mme HABATI Hasnaa

1 HEPANAT

2 DIET AZ

73.80

(S.V)

1 - 0 - 1

fibener

75.100

1 - 0 - 1

115x

Dr Abdeslam EL MADANI

PER 08/2025  
PPC 75.00

هيبانات 73.80 DH  
40 قرص

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

03/2026  
Z082L

Via dello  
Importé et d  
Benje

(S.V)

148.80

Dr. Abdeslam EL MADANI  
Chirurgien  
INPE : 091057661  
22 Bd. Omar El Khayam Beauséjour  
Tel : 0522 36 69 00 - Casablanca

22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - Beauséjour - CASA - الدار البيضاء - بوسيجور - إقامة فاطمة الزهراء، شارع عمر الخيام، الطابق الثاني،  
Tél. : 0522 36 69 00 / 06 66 99 12 30 - Fax : 0522 36 68 99 - GSM : 0661 06 92 51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com - ICE : 001712744000080  
Site Web : www.dr-elmadani.com الموقع الإلكتروني

En Cas d'Urgences Contacter Clinique Longchamps au Tél. : 05 22 04 07 07 في حالة المستعجلات الاتصال بمصلحة لونغشون الهاتف :