

## 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 Président: Abdel Ben Abdallah - Vice-Président: Angèle Mohamed Fakir et Ben Abdallah Mohamed - Secrétaire Générale: Fatima Zahra - Tél: 05 22 77 14 37 (4 lignes) Fax: 05 22 77 14 38 - Email: mupras@maroc.ma



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-476851

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 831 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EL HADDAO R.EL

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-476851

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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													
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
D 00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>													
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>													
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>														



P 17 / 0064085

DATE DE DEPOT

16 / 10 / 2019

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 831	
Nom & Prénom ELHADAD Mohamed			
Fonction Retraite	Phones Ag Rabat		
Mail 0666440493			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient ELHADAD Mohamed		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 11 OCT. 2019	
ADK meckher		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
NON			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
5	1	300	
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date 22 OCT. 2019	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
3	427,00 DH		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b> 			

**Dr. Karim LAHBABI**

**Spécialiste en Chirurgie Urologique**

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Grenoble (France)

Diplômé en Endo-Urologie et Lithotritie  
extracorporelle de la Faculté de Paris

Ancien Attaché au CHU de Grenoble

Membre de l'Association Française d'Urologie



**الدكتور كريم الحبابي**

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب بكرونوبل (فرنسا)  
حاصل على دبلوم الفحص الداخلي والجراحة  
عبر المنظار و تفتيت الحصى من كلية باريس  
ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي بكرونوبل  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Rabat, le 8/10/2019 الرباط، في

M- Mr HADDAD

Mohamed

PSA Sapeur Total  
Sept 2019

Laboratoire Al Khawarizmi  
D'Analyses Médicales  
Dr. Soumiya Nejjar  
21, Av Laila Asma Residence Doukkali  
Tabriquet - Salé - Tél. : 05.37.85.57.17

**Dr Karim LAHBABI**  
Chirurgien Urologue  
6, Avenue Prince  
Moulay Abdellah - Rabat  
Tél : 05 37 73 80 65  
Gsm : 06 61 15 81 03  
INP : 10 10 88 540

**LABORATOIRE AL KHAWARIZMI D'ANALYSES MEDICALES**

21.Av. Lalla Asma, Résidence Doukkali - Tabriquet - Salé

Tel: 05 37.85.57.17 - Fax : 05.37.85.67.22

IGR : 36512130  
PATENTE : 29005907

CNSS : 2467935  
I.F:36512130

ICE : 001639828000003  
I.N.P : 103000964

21910081050

Facture N° : **21910081050**

Edité le : 08/10/2019

Médecin : LAHBABI

Organisme :

Pour : **Mohamed EL HADDAD**

## FACTURE

Libellé analyse	Description
ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE 300	
<div> <div>Le nombre de B</div> <div>300.00</div> <div>B + Prelevement</div> </div>	
<div> <div>Montant total du dossier</div> <div>427.00</div> <div>Dh</div> </div>	

**Cachet du laboratoire :**

Laboratoire Al Khawarizmi  
D'Analyses Médicales  
Dr. Soumyia Nejjar  
21, Av Lalla Asma Résidence Doukkali  
Tabriquet - Salé - Tél. : 05.37.85.57.17



# LABORATOIRE AL KHAWARIZMI D'ANALYSES MEDICALES

**Dr NEJJAR.S**

Medecin Biologiste

SPECIALISTE EN :

BIOCHIMIE-BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HEMATOLOGIE  
IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE-PARASITOLOGIE

Enregistré le : 08/10/2019, à 11:32  
Dossier N° : 2191008-1050  
Editer le : 08/10/2019

**Mr EL HADDAD Mohamed**

Date de naissance : 01/01/1935

Dr LAHBABI

## MARQUEURS ANTIGENIQUES

### ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE

P.S.A total

2.31 ng/ml

01/04/2019 : 2.33

Tech.ELFA(Enz Linked Fluorescent Assay)

Tranches d'age	Normales
< 40	: 0.21 à 1.72
40 à 49 ans	: 0.27 à 2.19
50 à 59 ans	: 0.27 à 3.42
60 à 69 ans	: 0.22 à 6.6
Sup à 69	: 0.21 à 6.71

Pour des valeurs de PSA total entre 4-10 ng/ml

il est recommandé de demander le rapport PSA libre/PSA total qui permet de faire  
la part entre hyperthrophie benigne et tumorale

Laboratoire Al Khawarizmi  
D'Analyses Médicales  
Dr Soumiya Nejjar  
21, Av Lalla Asma Résidence Doukkali  
Tabriquet - Salé - Tél. : 05.37.85.57.17

Fin