

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 :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

Déclaration de Maladie

N° W21-787506

0152766



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 3462

Société :

Royal air Maroc

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUSSI LAHOUCINE

Date de naissance :

1946/06/01

Adresse :

Rue Moulay Abdellah N° 7 Hay EL HASSAN II

Laayoune

Tél. : 06.67.19.73.83

Total des frais engagés : 609,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/23

Nom et prénom du malade : SOUSSI LAHOUCINE

Age : 1946

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.

17 MAR. 2023

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 : Laayoune

Le : 6/13/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-787506

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 : 3462

Nom de l'adhérent(e) : SOUSSI LAHOUCINE

Total des frais engagés : 609,7

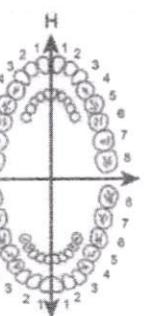
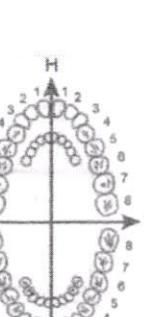
Date de dépôt :

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE EL MUSTAPHA S. Av Hassan II Laâyoune 23/02/2023 Tel. 05 28 80 23 59 EL BAROUI YASSINE 02067482 | | 109,70 |

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| 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'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | | Dents Traitées (List of treated teeth) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (Coefficient) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25523412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433563</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | 25523412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433563 |
| H | 25523412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433563 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |



NOTE D'HON



Nom et Prénom : Soussi

Date : 23/02/23

EL Houssine

| DESIGNATION | LETTRE CLE | MONTANT PAR DIRHAM |
|---------------------|------------|--------------------|
| CONSULTATION | C | 200 D ^H |
| ECHOGRAPHIE | F | 300 D ^H |
| ELECTROCARDIOGRAMME | | — |
| AUTRES | | — |
| TOTAL | | 500 D ^H |

Arrête la présente facture à la somme 500,00 D^H

Signature et cachet :

Docteur L... Youssef
 Médecin généraliste
 Médecin du travail
 INPE: 0217997
 Tel: 0217997
 1er étage LAAJOUNE

Ordonnance

98/02/23

Nom :

Date :

Dr. LABIZ YOUSSEF
Médecin généraliste
Médecin du travail
INPE: 021217997
INPE Y BACHID Extension 1
Laâyoune - Maroc

109.70
11 Cartif - on 6,440

115

ong le sam'

dim

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35. Av Hassan II Laâyoune
Tél: 05 28 89 23 59
Dr ELAROUY YASSINE
INPE: 022067482

Docteur LABIZ YOUSSEF
Médecin généraliste
Médecin du travail
INPE: 021217997
INPE Y BACHID Extension 1
Laâyoune - Maroc