

## 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

- Reclamation : 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 l'Horloge 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° W21-787506

152766

☒ 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 / Moulay Abdelhafid N°7 Hay EL HASSANI  
Adresse : Rue Moulay Abdelhafid N°7 Hay EL HASSANI  
Laayoune  
Tél. : 06.67.19.73.83 Total des frais engagés : 609,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LAZIZ YOUSSEF  
Médecin généraliste  
Médecin du travail  
Tél : 021217997  
CHID Extension G.F  
Etage LAHOUCINE

Date de consultation : 23/01/23  
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.

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 : 6/3/23

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 :



| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/02/23        | C                 |                       | 200 DH                          | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>[Signature]  |
| 23/02/23        | E.L.H.W.          |                       | 3000 Dh                         | [Signature]<br><i>Médecin généraliste</i><br>Dr. LAAYOUNE<br>N°: 02121728<br>Extension: CHD |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>ARMACIE EL MUSTAPHA</b><br>Av Hassan II Laâyoune 34000<br>Tél: 03 28 80 23 59<br>Dr ELAROUÏ YASSINE<br>022067482 | 23/02/2023 | 109,70                |

[illegible]

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

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

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.

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CONFIFLO<sup>®</sup>**

PPV: 109DH70

30 Gélules  
à libération prolongée

Voie orale

**0.4 mg****NOTE D'HON**Nom et Prénom : SoussiDate : 23/02/23EL Houssine

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

Arrête la présente facture à la somme 500.00 DH

Signature et cachet :

Docteur LAAYOUCHE  
Médecin généraliste  
Médecin du travail  
INPE: 021217997  
Lot MLY RACHID Extension G.F  
R. 10, 1er étage LAAYOUNE

# Ordonnance

28/02/23

Nom : .....

Date : .....

Dr. Soussi Lehbane

109.70  
11 contiff-on 6.4 up

(S)

6.12 le Sm!

20/1/2023

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

Dr. LABIZ Youssef  
médecin généraliste  
médecin du travail  
INPE: 021 217997  
Y. RACHID Extension