

## 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° W21-806215

Coupon

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUSSI LAHOUAINE

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue Moulay Abdellatif N° 7 HAY EL HASSANI  
LAAYAINE

Tél. : 06-67-19-73-83

Total des frais engagés : 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DR Abdallah HMITI  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
202, Bloc 5 Technopole 1 - AGADIF  
Tél: 05 28 82 03 03  
INPE: 04114210

Cachet du médecin :

04/09/2003

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Vesicule Pithénasique endobystactio

### En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

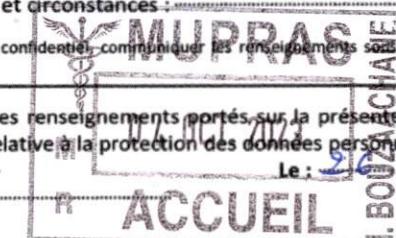
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : LAAYAINE

Le : 26/09/2003

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-806215

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 LAHOUAINE

Total des frais engagés : 200 DH

Date de dépôt :

## **RELEVE 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
04/09/23 C			200,00	<b>DINP Abdellatif HMITI</b> Spécialiste en Chirurgie Générale 202, Bloc D, Monopole 1 - AGADIR Tél: 05 28 82 03 03 INPE: 041142183

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

#### **VIOLET 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 canalaire, 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"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				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. Abdallah HMITTI**

Spécialiste en Chirurgie Générale

- Coeliochirurgie
- Chirurgie viscérale
  - Abdomen et pelvis -
- Chirurgie de la thyroïde
- Proctologie



**د.عبد الله حميتي**  
اختصاصي في الجراحة العامة

- الجراحة بالمنظار
- الجراحة الباطنية
  - أعضاء البطن والحوض
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة المخرج والبواصير

## NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : SOUSSI LAHOUCINE

Agadir le : 04/09/2023

Préstations	Honoraires
CONTROLE	200,00
<b>Total à Payer</b>	<b>200,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de Deux Cent Dirhams, 00 Cts

Signature

**Dr Abdallah HMITTI**  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
02, Bloc D Technopole 1 - AGADIR  
Tél: 05 28 82 03 03  
INPE: 041142183

📞 05 28 82 03 03 📩 drhmitti@icloud.com 🌐 www.drhmitti.com

202 عماره D تيكنيبول 1 فونتي اكادير (اكادير باي)

202 bloc D Technopole 1 Founty Agadir (Agadir Bay)

