

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-787400

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34.62

Société :

Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUSSI LAHOUCINE

Date de naissance :

30/16/1946

Adresse :

Rue Moulay Abdelhafez N°7 Hay EL HASSAN
Laayoune

Tél. : 06.67.19.73.83

Total des frais engagés : 110.8

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des Valvulaires
N° 43 Rue Al Qods Laayoune
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 05 28 89 04 20
21056361

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : IGHOUIL AS Fathima Age: 1965

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 03/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-787400

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 : 34.62

Nom de l'adhérent(e) : SOUSSI LAHOUCINE

Total des frais engagés : 110.8 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 Rattachement des Actes
03/07/2002	CS		25000	Dr. Adel El Khatib Spécialiste des Malades du Cœur et des vaisseaux N° 48 Rue Al Goudi Lubnane 06 43 02 52 39 Fax : 03 28 89 00 21056361

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MUSTAPHA 35.Av Hassan II Laâyoune Tél: 05 23 89 23 59 Dr. ELAROUI YASSINE INPE: 022067483	03/10/23	302,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

CABINET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE

Dr ADEL EL KHATABI

Cardiologue

Diplômé de la faculté de médecine de RABAT

Le , 03/10/2023

Facture

Nom : IGHOULAS

Prénom : FADMA

Examens réalisés : Consultation = 200.00

Total = 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents dirhams.

Signé : Dr ADEL EL KHATABI





عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

د. عادل الخطابي

خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance

MME IGHOULAS FADMA

254,00 X3

672,00 • Exforge 5mg/160mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

✓IS

50,00 25,00 X2
• Digoxine native 0,25 mg - comprimé
1 Comprimé, midi 5 jours /7, pendant 3 mois

✓IS

180,00 20,00 X9
Sintrom 4 mg - comprimé sécable
1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur 2, le soir 2 heures loin
des repas , pendant 3 mois

✓IS

902,00

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 05 28 89 04 20
PHARMACIE EL MUSTAPHA
35.Av Hassan II Laâyoune
Tél: 05 28 89 23 59
Dr. ELAROUI YASSINE
INPE: 022067482

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 05 28 89 04 20
21056361

03 OCT. 2023

Laâyoune le.....

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن
النار

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الماء طوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من Амлодипин и 160 мг от Валсартан



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن
النار

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الماء طوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من Амлодипин и 160 мг от Валсартан



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن
النار

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الماء طوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من Амлодипин и 160 мг от Валсартан



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

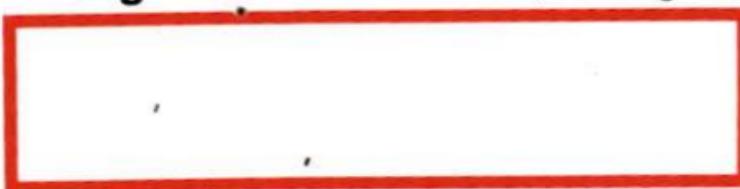
لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés
BOÎTU S.A. PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés

Voie orale

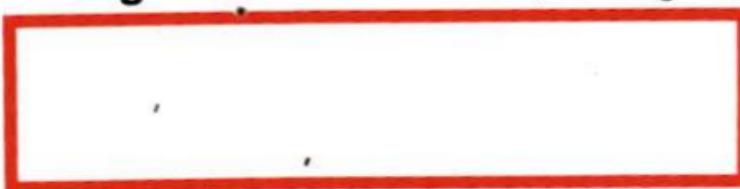




6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés
BOÎTU S.A. PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés

Voie orale











أَسْبِكُوكَمَارِلُ
٤

Sintrom® 4 mg



6 || 1180000 || 181187 ||

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV : 20 μm

ExD :

N° Lot

أَسْبِكُوكَمَارِلُ
٤

Sintrom® 4 mg



6 || 1180000 || 181187 ||

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

أقراص من فئة 4 ملغم
عن طريق (الغبي)

PPV : 20 μm

ExD :

N° Lot

أَسْبِكُوكَمَارِلُ
٤

Sintrom® 4 mg



6 || 11 80000 = 18 || 18 / 11

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

١٠ أقراص من فئة ٤ مللغ
عن طريق الفم

PPV : 20%

ExD :

N° Lot



سنتروم ٤ ملغم

Sintrom® 4 mg
Acenocoumarol 10 comprimés



6118000181187

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV : 20/00

Exp :
N° Lot:



أقراص من فئة 4 ملغم
عن طريق الفم

10 أقراص من فئة 4 ملغم