

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-832937

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUSST LAHOUCINE

Date de naissance : 30/6/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhadj n°7 Hay EL HASSANI

Laayoune

Tél. : 06.67.19.73.83

Total des frais engagés : 897,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1-1 DEC. 2023

Nom et prénom du malade :

Age : 1946

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Problème urologique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 1-1 DEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-832937

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) : SOUSST LAHOUCINE

Total des frais engagés : 897,10

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
1 DEC. 2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MUSTAPHA S. Av Hassan II Laâyoune Tél: 05 28 89 23 59 ELAROUÏ YASSINE INPE: 022067482	14/12/23	897,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVÉ 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
					MONTANTS DES SOINS																						
					DEBUT D'EXECUTION																						
					FIN D'EXECUTION																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				
	H		H																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D		G																								
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	<table border="1"> <tr> <th>[Création, remont, adjonction]</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
	[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires																									
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											
					MONTANTS DES SOINS																						
					DATE DU DEVIS																						
					DATE DE L'EXECUTION																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

Dr Hassan GUEDIRA

Chirurgien urologue

- Maladies et chirurgie des reins et des voies urinaires (prostate, vessie) et genitales
- Exploration et chirurgie endoscopiques
- Lithotripsie des calculs urinaires
- Dysfonction sexuelles et sterilité masculine
- Maladies sexuellement transmissible
- Circoncision
- Echographie



**Cabinet
Urologie**

الدكتور حسن كديرة

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي
و المسالك البولية و التناسلية

- أمراض وجراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية
- الفحص بالمنظار
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى
- أمراض سرطان الكلي، المثانة، البروستات
- تقنيات الصغى بالليزر
- الضفء الجنسي
- الأمراض المنقولة جنسيا
- الختان

Ordonnance

Agadir, le :

Nom et Prénom :

Samir L.

201.00 x 1 = 201.00
126.80 x 2 = 253.60

147.10 x 3 = 441.30

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35.11 Hassan II Laayoune
Tél : 05 28 89 23 59
Dr. ELAROUY YASSINE
INPE : 07 206745

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35.11 Hassan II Laayoune
Tél : 05 28 89 23 59
Dr. ELAROUY YASSINE
INPE : 07 206745

DR HASSAN GUEDIRA
Cabinet Urologie - Agadir
05 28 82 82 40
041186420

Rue marrakech (en face SGMB) Quartier l'abattoir Centre ville agadir

زنگة مراکش (إمام الشركة العامة) بحي الباطوار أكادير

Email: dr.guedira01@gmail.com - Tél./Fax : 05 28 82 82 40

NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés sécables

LOT: 435
PER: MAR 2025
PPV: 126 DH 80

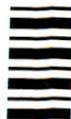
CiplaMaroc

NO-DEP[®] 50mg

30 cps pelliculés sécables ○



6 118000 050889



NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés sécables

LOT: 435
PER: MAR 2025
PPV: 126 DH 80

CiplaMaroc

NO-DEP[®] 50mg

30 cps pelliculés sécables ○



6 118000 050889



NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

60 Comprimés pelliculés
séçables

LOT : 448
PER : JUN 2025
PPV : 201 DH 00

CiplaMaroc



IPOST LP 10 mg

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

30

comprimés à libération prolongée

PPU 147.50 DH

Voie orale

Composition :

Chlorhydrate d'alfuzosine.....10 mg

Excipients.....q.s.p. un comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Mode et voie d'administration :

Voie orale. Lire attentivement la notice.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

IPOST LP 10 mg

30 comprimés à libération prolongée

AMM N° 34/11/DMP/21/NNP



6 118001 071548

IPOST LP 10 mg

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

30

comprimés à libération prolongée

PPU 147.50 DH

Voie orale

Composition :

Chlorhydrate d'alfuzosine.....10 mg

Excipients.....q.s.p. un comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Mode et voie d'administration :

Voie orale. Lire attentivement la notice.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

IPOST LP 10 mg

30 comprimés à libération prolongée

AMM N° 34/11/DMP/21/NNP



6 118001 071548