

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 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

- Réclamation : 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.

N° W19-479605

ND:30888

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : AB23

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYMOUS ALI

Date de naissance :

11/01/66

Adresse :

49 lot Akisou

SETT HABIB

TAZAKKOC

Tél. :

068765932

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

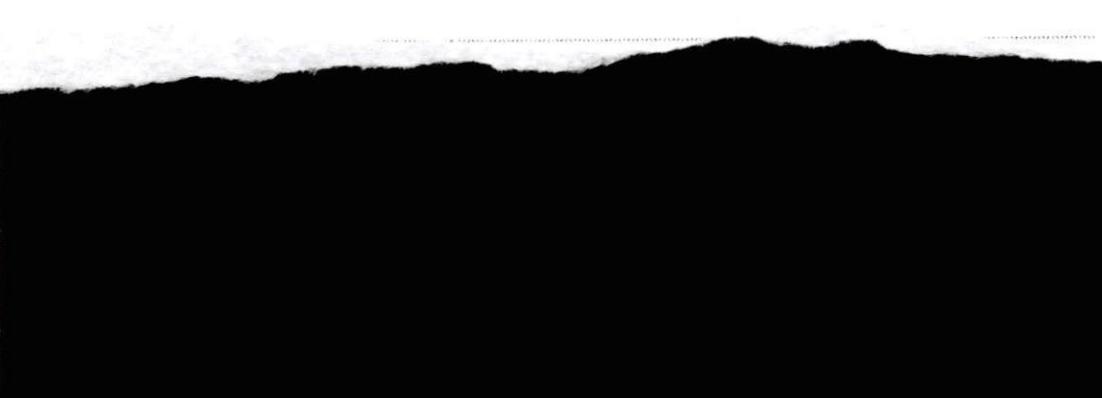
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Cachez et signature du Laboratoire et du Radiologue	
Médicaments	
<p>Dr. SLASSI 50, Angle : Rue El Ba oued Hrit - Rabat Tel/Fax : 05-37-61-00 LABOKATCIRE DU SUJUD A. HAMDOUNE 10000 En charmeur - Rabat Maroc <small>© 1999 Dr. SLASSI</small></p>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. SLASPI 50, Angle rue de la Poste et rue du Général de Gaulle Télé/Fax : 05.37.61.00 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET RADIOGRAPHIQUES SAMDOUNE	02.03.20	Bustec = 63.60 DH	
	28/03/20	Peris 78,60	

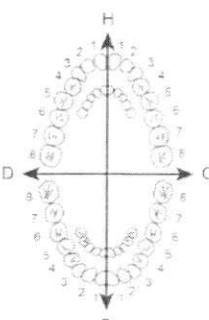
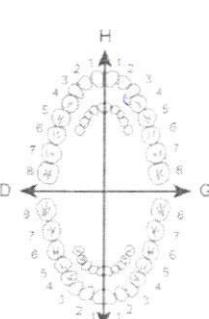
AUXILIAIRES MEDICAUX

 INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

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'ODP.

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			
		$\begin{array}{r} 25533412 \\ \hline 00000000 \\ \hline 21433552 \end{array}$ $\begin{array}{r} 00000000 \\ \hline 00000000 \\ \hline 00000000 \end{array}$ $\begin{array}{r} 25533411 \\ \hline 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$	G	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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

L.S.A.M.



مختبر الجنوب للتحاليل الطبية

LABORATOIRE DU SUD D'Analyses Médicales

Dr. Abderrahim HAMDOUNE

Dr. d'Etat en Pharmacie

Pharmacien-Biologiste

عبد الرحيم حمدون

دكتور الدولة في الصيدلة

صيدلي إيجياني

Prénom : Nom : AIT MOUSS ALI

Marrakech le 28/06/20

Exam.demandé par : DR BENYAHYA

Réf. : 20/S. 371

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine:

Témoin : 13.50 secondes

Patient(e) : 25 secondes

Taux : 31.10 %

I.N.R : 3.00

مختبر الجنوب
LABORATOIRE DU SUD
A. HAMDOUNE
Doctor en pharmacie - Biologiste
52 Bd. My R'chid Marrakech-Gueliz

52، شارع مولاي رشيد مراكش - جليز - الهاتف : 05 24 44 88 00 - الفاكس : 05 24 44 78 03

البيانات: 45104084 - ض.ق.م: 206446 - ص.و.ض.ج: 1775090 - س.ت.: 35838

52, B.D,My R'chid Guéliz - Tél.: 0524 44 88 00 - Fax : 0524 44 78 03 - Marrakech

Patente : 45104084 - I.F. : 206446 - CNSS : 1775090 - R.C. : 35838

I.F. 68930410

Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Pat.:

I.F.:

Facture 30455

RABAT Le : 02/03/2020

Analyses effectuées le: 02/03/2020

Pour.....: **Mr. AIT MOUSS ALI**

Sur préscription du : Dr BENYAHYA ADIL

Code.....: 1HB8015



Organisme.....:

Bilan:

TP=B40

Total : B 40

Montant Net : 63.60 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SOIXANTE TROIS Dhs 60 Cts

Laboratoire d'analyses
Médicales EL Wafa
Dr. SLASSI MARIA
50, Angle charie El Haouz
Ouled Hriz - Rabat
Tél/Fax : 05.37.63.19.82

LABORATOIRE DU SUD
D'ANALYSES MEDICALES
A. HAMDOUNE
 Docteur en Pharmacie
 Diplômé de la Faculté
 de Montpellier

52, Bd. Moulay R'chid
 Guéliz — Marrakech
 Tél : 44-88-00
 C. N. S. S 1775090
 R. C. 35838
 Patente 45104084
 N° : 68930410

IF

N° 01790

مختبر الجندي و ب
 للمتحليلات الطبية
 عبد الرحيم حمدون
 دكتور في الصيدلة
 خريج كلية مازنيلية

52 شارع مولاي رشيد
 جليز - مراكش
 الهاتف : 44-88-00
 ص.و.ض.ج. 1775090
 س.ت. 35838

INPE:

FAC BURE

20/S. 371

073002198

Marrakech, le 28/03/2020
 ICE : 001607116000042

M. AIT MOUSS ALI Doit :

Quantité	DESIGNATION	P. U.	P. T.
01	Prélèvement		25.00
01	TP		53.60
	Total		78.60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SOIXANTE DIX HUIT DHS ET 60 CTMS.

مختبر الجندي
LABORATOIRE DU SUD
A. HAMDOUNE
 Docteur en pharmacie - Biologie
 52 Bd. My R'chid Marrakech - G

Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Prélèvement du : 02/03/2020

Référence : 503020619



1HB8015

Edition du : 02/03/2020

Patient : Mr. AIT MOUSS ALI

Médecin: Dr. BENYAHYA ADIL

HEMOSTASE

Valeurs de référence

TEMPS DE QUICK

Temoin.....	13	sec	21.5 (25/11/19)
Sujet.....	24.5	sec	
TP.....	30.2	%	(> à75)
INR.....	3.3		

Laboratoire d'analyses
Médicales EL Wafa'a
Dr. SLASSI MARIA
50, Angle charie El haouz
Ouled Hriz - Rabat
Tél/Fax : 05.37.63.19.82

A L'ATTENTION DES 11^{ME} SOUD



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AIT MOUS ALI
1323

02 MAI 2017
Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE

Résidence Ménara (ex. CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20

Certifie que Mlle, Mme, M : AIT MOUS Ali

Présente

des maladie(s) de nature cardiaque + pathes veineux cardiaques + insuffisance cardiaque

Nécessitant un traitement d'une durée de:

durée indéterminée (lapse de temps)

TP + DMN a faire 1 fois

Dont ci-joint l'ordonnance: Lorhe 2g + Propionate 2g + Galen 250mg + Cardizem 1g + Talerc 200 + Sulm 1-14

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 1 année

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence Ménara (ex. CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20