

## 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.

N° W19-461785

63798

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3462 Société : Royal AIR MAROC

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : SOUSSI LAALAOUI

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue Moulay Abdellah N° 07 Hay EL HASSANI

LAAYOUDE

Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Abdesslam AHIMECHE  
Spécialiste en Médecine de Sport  
Diplôme en ECHOGRAPHIE Générale  
Diplôme en Médecine ANTHAGE  
INP: 021076187

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2021

Nom et prénom du malade : SOUSSI LAALAOUI

Lien de parenté :  Lui-même       Enfant

Nature de la maladie : Douleur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

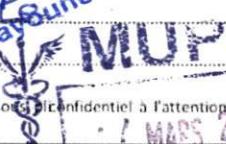
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : LAAYOUDE

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 01/03/2021

 MUPRAS

ACCUEIL

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin, accompagné de la Pièce jointe des Actes
25/01/2018		C <sub>12</sub> =	100 DH	Dr. Abdesslam Spécialiste en Médecine générale Diplôme en ECRU Diplôme en Médecine générale INP : 021876187 Tél : 0528.89.31.27 - Laayoune

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des frais
	12.5. JAN 2021	K <sub>20-200</sub>	<p>Dr. Abdesslam H. KHALIFI            Spécialiste en Médecine de SPU            Diplôme en ECHOGRAPHIE Générale            Diplôme en Médecine ANTIAG            INP: 0210-76187            Tél: 0528.89.34.27 - Laayoune</p>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

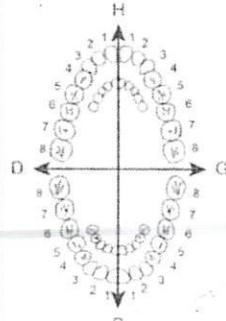
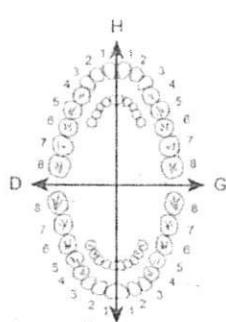
<b>IS ET HONORAIRES</b>	
Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Piéce jointe des Actes
<b>100 DH</b>	Diplôme en ECRITURE Diplôme en Médecine Tél: 0528.89.31.27 - Yaoundé NIP: 021076187

## **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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H D B G	05533412   21423552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11423553 B G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

الدكتور عبد السلام اهريمش

الطب العام

حاصل على دبلوم في الاكادميا العامة

حاصل على دبلوم في امراض السكري

حاصل على دبلوم في التغذية والحمية الطبية

حاصل على دبلوم في الطب الرياضي

طبيب سابق بمصلحة الطب بالمستشفى الجهوبي العيون

خريج كلية الطب، مونبولي، ستراسبورغ

(فرنسا)

الهاتف. 05.28.89.31.27

البريد الالكتروني dr.hrimeche@gmail.com :

N°INP : 021076187

Dr.Abdesslam HRIMECHE

Laâyoune, le ..... 25 JAN 2021 العيون في .....

Dr Abdesslam HRIMECHE  
Spécialiste en Médecine de Sport.  
Diplôme en ECHOGRAPHIE Générale  
Diplôme en Médecine ANTIAGE  
INP: 021076187  
Tél: 0528.89.31.27 - Laâyoune

Je soussigné..... avoir vu et examiné ce jour

Mr(Mme) .... LAHOUCINE. SOUSSI .

Bénéficiaire d'une :

- Consultation  100 DH
- Echographie  200 DH
- Radiographie  200 DH
- ECG  200 DH
- Colposcopie

Total d'honoraires : 300 DH- trois cents dirham.

Dr.Abdesslam HRIMECHE  
Spécialiste en Médecine de Sport  
Diplôme en ECHOGRAPHIE Générale  
Diplôme en Médecine ANTIAGE  
INP: 021076187  
Tél: 0528.89.31.27 - Laâyoune

**Dr. Abdesslam HRIMECHE**

Médecine générale  
Diplôme en Echographie Générale  
Diplôme en Diabétologie et diététique Médicale  
Diplôme spécialisé en médecine de sport  
Ex. médecin chef des Services de Médecine à  
l'Hôpital CHR Laâyoune  
Diplôme d'Universités des facultés de Médecine  
Montpellier-Strasbourg (France)  
Tél:05.28.89.31.27  
Email : dr.hrimeche@gmail.com

الدكتور عبد السلام اهريمش

الطب العام  
حاصل على دبلوم في الاكادميات العامة  
حاصل على دبلوم في امراض السكري  
حاصل على دبلوم في التغذية و الحمية الطبية  
حاصل على دبلوم في الطب الرياضي  
طبيب سابق بمصلحة الطب بالمستشفى الجهوبي العيون  
خريج كلية الطب.مونبولي.ستراسبورغ  
(فرنسا)  
الهاتف. 05.28.89.31.27  
الاكتروني : البريد [Mr.hrimeche@gmail.com](mailto:Mr.hrimeche@gmail.com)  
N°INP : 021076187

العيون في ..... Laâyoune, le .....

25 JAN 2021

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- NOM : .....

**- MOTIF D'EXAMEN :** .....

➤ **COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :**



**CONCLUSION:** Echographie abdominale normale.

-vésicule biliaire, paroi ..... *Fay, la Mme* .....  
-voies biliaires principales normales