

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-461755

63815



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

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 :

30/06/1946

Adresse :

RUE Moulay Abdellatif N°07 Hay EL HASSAN LAAYOUNE

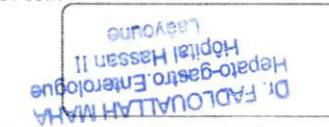
Tél. :

06.67.19.23.83

Total des frais engagés : 900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/01/2021 / 01/02/2021

Nom et prénom du malade :

SOUSSI LAHOUCINE

Age : 30/06/1946

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 : LAAYOUNE

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
25/01/2022			6	INP 09/01/2022 Dr. Hassan El Housseini SIDI BOUABA Signature
25/01/2022	AV	5000,0000		

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'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 H 26533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G 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"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



FACTURE HOSPITALISATION

Code ANAM : 020004925

N° Compte Courant : 21- 40

Facture Hospitalisation : Traitement de Base

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE LAÂYOUNE

Service : GASTRO-ENTÉROLOGIE

Numéro de Facture : 67

Identification :

Index Patient : 32112002-01-195873

N° Admission : 58

Nom Patient : SOUSSI

Prénom Patient : LAHOUCINE

CIN : SH6298

Adresse : RUE MY ABDELHAFID N
07 HY EL HASSANI LAÂYOUNE
0637573282

Débiteur :

PAYANT

Lien Parenté :

Nom et Prénom :

N°CIN :

Dates :

Date Entrée : 25/01/2021 12:38:00

Date Sortie : 29/01/2021 12:30:00

Libelle	NGAP	Clé	Coeff	P.U	Nbr	Mt Ligne	MT Assuré
Séjour :							
DU 1 AU 3 GASTRO-ENTÉROLOGIE - HOSPITALISATION MÉDICALE			0	250,00	3,00	750,00	750,00
DU 4 AU 10 GASTRO-ENTÉROLOGIE - HOSPITALISATION MÉDICALE			0	150,00	1,00	150,00	150,00

Montant Total : 900,00

Montant payé : 900,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

NEUF CENTS DIRHAM(S)

21/02/2021 12:31:49

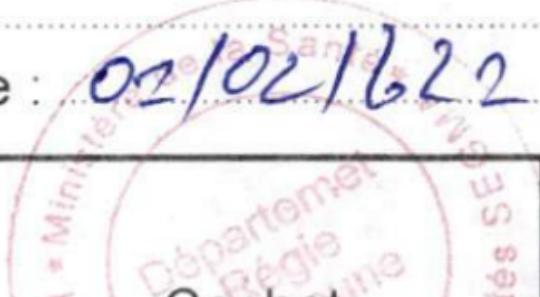
Signature du responsable



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL LAAYOUNE

EX : 22

HOPITAL : CH H II Quittance N° 01156844
 Reçu de M : Sous Si LAIAOU CIWIE
 La somme de : Quarante une mille dinars
 Date : 02/02/622

Nature de la Recette	Montant	
F.H	400,00	  Cachet et Signature régisseur
TOTAL	400,00	

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL LAAYOUNE

EX : 21

HOPITAL ^H ^T Quittance N° 11156842
 Reçu de M : Soushi L AHOUCINIE
 La somme de : Cinq cent Dirhams

Date : 25/02/1622

Nature de la Recette	Montant
<u>F. A</u>	<u>500,00</u>
TOTAL	<u>500,00</u>

