

## 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 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 tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 44 45 (RG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-461755

63815

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3462

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SOUST LAHOUCINE

Date de naissance :

30/06/1946

Adresse :

Rue Moulay AbdelBaqid N° 07 Hay ELHASSANI LAAYOUNE

Tél. :

06 67 19 73 83

Total des frais engagés :

900

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. FADLOU ALAHLAH  
Hôpital Hassan II  
Hépatogastro-Entérologie  
LAAYOUNE

Date de consultation :

25/01/2021 10/10/2021

Nom et prénom du malade :

SOUST 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) :

Le :

7 MARS 2021  
ACQUEL



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
8/11/2021				INF
25/12/22		AV	500,000	

8511/2021  
25/01/22  
01/02/22

INP 0212071894

[illegible]

ou du Fournisseur

[illegible][illegible][illegible]

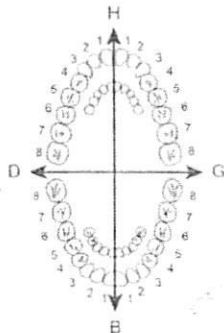
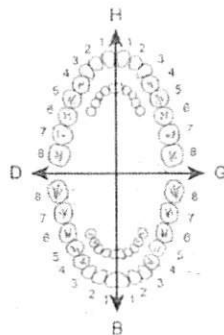
**Cachet et signature  
du Particien**

# 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	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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.**

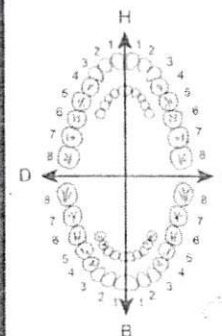
## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature d  
Soins

Coefficient

INP: | | | | | | | |

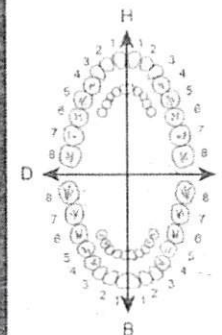
COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT	D'EXECUTION
-------	-------------

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

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 LAAYOUNE  
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 Assure
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)

01/02/2021 12:31:49

Signature du responsable

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL LAAYOUNE


EX : 22

HOPITAL : A-2, H II Quittance N° 01156844

Reçu de M : Soussi LAHOUICHI

La somme de : Trente six mille

Date : 02/02/2022

Nature de la Recette	Montant	
F.H	400,00	
TOTAL	400,00	



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL LAAYOUNE


EX : 22

HOPITAL : H II Quittance N° 01156842

Reçu de M : Soussil LAHOUCINE

La somme de : Cinq cent Mille

Date : 25/02/2022

Nature de la Recette	Montant	
F. A	500,00	
TOTAL	500,00	