

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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-479599

65962

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Ali

Nom & Prénom : AH MOUS

Date de naissance : 19/06/1968

Adresse : 49, Lot. ARKAD EST CARIF

Tél : 0668761920 Total des frais engagés : 235,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

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 : 08/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

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 Honoraires
	28/12/20	PC 1.5 R 40	78,60
	30/01/21	PC 1.5 R 40	78,60
	09/03/21	PC 1.5 R 40	78,60

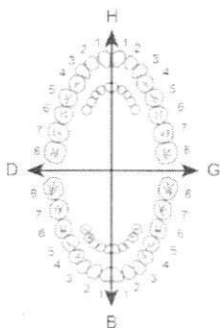
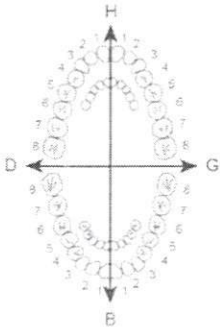
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L.S.A.M.



مختبر الجنوب للتحليلات 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 إحيائي

Prénom : Nom : AIT MOUSS ALI	Marrakech, le : 28/12/20
Exam. demandé par : DR BENYAHYA	Réf. : 20/S.1081

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine:

Témoin : 13.50 secondes
 Patient(e) : 22 secondes
 Taux : 38 %
 I.N.R : 2.35

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

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

البنات : 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

INPE 073002198

ICE : 001607116000042

IF : 68930410

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 إحيائي

Prénom : Nom : AIT MOUSS ALI	Marrakech, le : 30/01/21
Exam. demandé par : DR BENYAHYA	Réf. : 21/T. 82

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine:

Témoin : 13.50 secondes
 Patient(e) : 26.30 secondes
 Taux : 28.70 %
 I.N.R : 3.20

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

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

البنات : 45104084 - ص. 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

INPE 073002198

ICE : 001607116000042

IF : 68930410

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 إحيائي

Prénom : Nom : AIT MOUSS ALI	Marrakech 09/03/21
Exam.demandé par : DR BENYAHYA	Réf. : 21/T. 213

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
Docteur en pharmacie - Biologiste
52 Bd. My R'chid Marrakech-Gueliz

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

الباتنا : 45104084 - ص.ق.م. : 206446 - ص.و.ص.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

INPE 073002198

ICE : 001607116000047

IF - 62030410

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

IFR : 68930410

مختبر الجنوب

للمتحليلات الطبية

عبد الرحيم حمودون

دكتور في الصيدلة

خريج كلية ماذنيلي

52 شارع مولاي رشيد

جليز - مراكش

العاتف : 44-88-00

ص.و.ض.ج. 1775090

س.ت. 35838

ICE

001607116000042

N° 01749

FACTURE

20/S. 1081

073002198

Marrakech, le

28/12/2020

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 الجنوب			
LABORATOIRE DU SUD			
A. HAMDOUNE			
Docteur en pharmacie - Biologiste			
52 Bd. My R'Chid Marrakech-Guéliz			

Laboratoire
du Sud
d'Analyses
Medicales
A. Hamdouné
Dr en Pharmacie
Pharmacien
Biologiste

ICE

001607116000042



مختبر الجنوب

للتحليلات الطبية

مبد الرحيم حمدون

FACTURE

21/T. 82

INPE

صيدلي احبائي
دكتور في الصيدلية

073002198

Marrakech, le 30/01/2021

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.			
LABORATOIRE DU SUD			
A. HAMDOUNE			
Docteur en pharmacie - Biologiste			
52 Bd. My R'chid Marrakech-Guéliz			

ICE

مختبر الجنوب

للتحاليل الطبية

عبد الرحيم حمون

صيدلي احيائي

دكتور في الصيدلية

FACTURE

21/T. 213

INPE:

073002198

Marrakech, le 09/03/2021

M. ICE : 001607116000042

Doit :

AIT MOUSS ALI

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 الجنوب LABORATOIRE DU SUD A. HAMDOUNE Docteur en pharmacie - Biologiste 52 Bd. My. R'chid Marrakech - Guéliz			

A L'ATTENTION DE M^{me} SOHAI



AITMOUS ALI
MATRICULE 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: Maroc (ex: CTM)
Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20

Certifie que Mlle, Mme, M: AIT MOUSS ALI

Présente

Des troubles du rythme cardiaque + pathologie valvulaire cardiaque + insuffisance cardiaque

Nécessitant un traitement d'une durée de:

durée indéterminée - (longue durée)
TP + SMR à vie 1 g/j

Dont ci-joint l'ordonnance:

Lorazepam 5 mg + Naproxène 500 mg + Colchicine 2,5 mg + Aspirine 100 mg + Tabac 10 mg + Subm 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: Maroc (ex: CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20