

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° W21-610810

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUSSTI LAHOUCHE

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue moulay Abdelhafid N° 07 Hy EL HASSANI

Laayoune

Tél. : 06 67 19 73 83

Total des frais engagés : 1222 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/04/2021

Nom et prénom du malade : IGHOULAS FADMA

Age : 1965

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Aortique

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

Le : 18/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-610810

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3462

Nom de l'adhérent(e) : SOUSSTI LAHOUCHE

Total des frais engagés : 1222 DH

Date de dépôt :

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
	C		20012	INF: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dr. AGAEL Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux 43 Rue d'Alsace 92025 Nanterre Tél: 01 47 35 25 25 Fax: 01 47 35 25 26 21056361

Cachet du Pharmacien
Dr. ELANOUÏ LASSINE
INPE: 022067482

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Pau Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/2021	1022,00

[illegible]

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

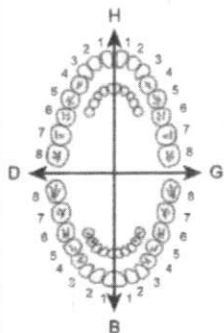
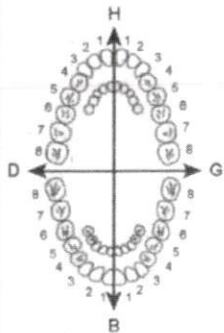
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

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"/>														
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

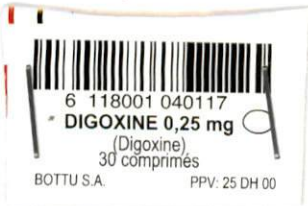
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



د. عادل الخطابي

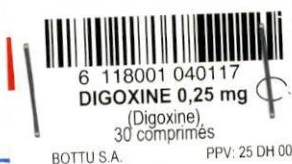
خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance



MME IGHOULAS FADMA

21/04/2021



$$264,00 \times 3 = 792,00$$

- **Exforge 5mg/160mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois
 $250,00 \times 2 = 500,00$
- **Digoxine native 0,25 mg - comprimé**
1 Comprimé, midi 5 jours /7, pendant 3 mois
 $20,00 \times 9 = 180,00$
- **Sintrom 4 mg - comprimé sécable**
1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur 2, le soir 2 heures loin des repas , pendant 3 mois



PHARMACIE EL MU'STAPHA
35 Av. Hassan II Laâyoune
Tel: 05.28.89.23.59
Dr. ELAROUY YASSINE
INPE: 022067482

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tel: 05.28.89.23.59 Fax: 05.28.89.04.20
TAI: 05.43.02.52.39
21056361

$$T = 10282$$

Laâyoune le.....

CABINET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE
Dr ADEL EL KHATABI
Cardiologue
Diplômé de la faculté de médecine de RABAT

Le, mercredi 21 avril 2021

Facture

Nom : IGHOULAS
Prénom : Fadma
Examens réalisés : Consultation = 200.00

Total = 200.00

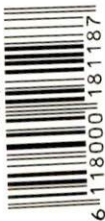
Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents dirhams.

Signé : Dr Adel EL KHATABI

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
T. 05 43 02 52 39 Fax : 05 28 89 04 20
21058261

ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

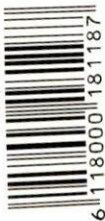
N° Lot :

20,00



ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

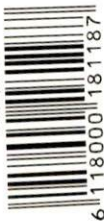
N° Lot :

20,00



ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

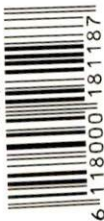
N° Lot :

20,00



ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

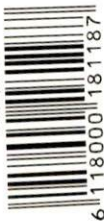
N° Lot :

20,00



4^م ملغ
سنتروم 4
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

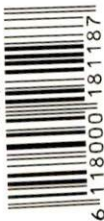
N° Lot :

20,00



ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

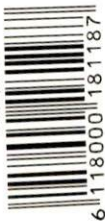
N° Lot :

20,00



ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

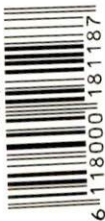
N° Lot :

20,00



ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

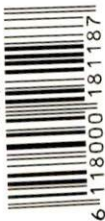
N° Lot :

20,00



ملغ 4^م سينتروم
آسینوکومارول

Sintrom® 4 mg 
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00





611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 264,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

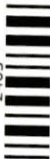
احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

07 2023

BUN72

2405



EXP

LOT



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 264,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

07 2023

BUN72

2405



EXP

LOT