

## 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° W21-610866

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : royal air maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SOUSST LAHAUCINE  
 Date de naissance : 30/06/1946  
 Adresse : Rue Moulay abdelhafid NR 07 Hg EL HASSAMI  
 Laayoune  
 Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 234,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/03/2021  
 Nom et prénom du malade : SOUSST LAHAUCINE  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : 18/5/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-610866

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) : SOUSST LAHAUCINE  
 Total des frais engagés : 234,6 DH  
 Date de dépôt :



**CAHIER**

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

**Adel El KHATABI**  
Spécialiste en Cardiologie  
du Cœur et des Vaisseaux  
N° 43 Rue Al Qods Liban 11020  
N° 43 02 42 29 Fax 02 42 29 820  
21056361

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médasin attestant le Règlement des Actes
24 MAR. 2021	CG		200	Dr. Abdelhak Lounis Spécialiste de Maladies du Cœur et des Vaisseaux N° 43 Rue Al Qods Alg 10670 N° 43 02 52 39 Fax 106 21056363

PHARMACIE EL MUSTAPHA  
35 Av Hassan II Laayoune  
Tél: 05 28 89 23 59  
Dr ELAROUY YASSINE  
NPE: 022067482

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE EL MUSTAPHA</b>  <b>Av Hassan II Laâyoune</b>  <b>El: CS 28 89 23 59</b>  <b>ELAROUY YASSINE</b>  <b>PE: 0220655555</b></p>	24/03/2024	34,60

2

[illegible]

---

[illegible]

2

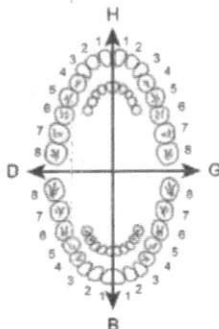
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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.

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

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																									
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>																									
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																									
				FIN D'EXECUTION	<div></div>																										

---

[illegible]

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

\_\_\_\_\_

[illegible]



عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CADRIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

د. عادل الخطابي

خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance

Soussi Lohoucin

34.60

LOT : 20E023  
PER: 09 2024

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



Lasilix 40mg



1 - 0 - 0

T<sub>2</sub> 34.60

Dr. Adel EL KHATABI

Spécialiste des Maladies

du Cœur et des Vaisseaux

N° 43 Rue Al Qods Laayoune

Tel: 05 28 89 04 20 Fax: 05 28 89 04 20

21056361

PHARMACIE EL

35. Av Hassan II Laayoune

Tél: 05 28 89 23 89

Dr. ELAROUY YASSINE

INPE: 0220674

24 MAR. 2021

Laayoune le

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

---

Le, mercredi 24 mars 2021

*Facture*

Nom : SOUSSI

Prénom : LAHOUCINE

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 La Hayoune  
Tél : 06 43 02 52 89 Fax : 05 22 89 04 20  
21056261