

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaires, 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 canalaires.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-629486

85859

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3462	Société : Royal air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : SCOUSSI Lahoucine			
Date de naissance : 30/6/1946			
Adresse : Rue Moulay Abdellatif N° 7 Hay El Hattam			
Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 16.85 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Abdell EL KHATABI spécialiste des maladies du Coeur et des vaisseaux N° 43 Rue Al Qader Laayoun Tél : 05 22 20 52 39 Fax : 05 28 89 04 20			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17 SEP. 2021			
Nom et prénom du malade : SCOUSSI LAHOUCINE Age : 30/6/1946			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 p/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 : 24/9/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-629486	
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) : SCOUSSI Lahoucine
Total des frais engagés : 16.85 Dhs	
Date de dépôt :	

RELEVE DES TAIS 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
17 SEP. 2021	CS		2009,44	<p>DR. ADELL KHALIL</p> <p>Spécialiste des Maladies</p> <p>du Coeur et des Vaisseaux</p> <p>N° 43 Rue Attode Labyoune</p> <p>12 02 52 39 00 : 03 28 89 04 21</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MUSTADRA Av Hassan II Laâyoune Tél: 05 28 23 59 Dr.ELAROUI YASSINE INPE: 022057482	17/09/2021	14.85,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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.

G.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433652
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

UNIFORMISATION 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

17/09/2021

SOUSSI LAHOUCINE

$$294,00 \times 3 = 882,00$$

S.V

- Coveram 10 mg / 10 mg - comprimé
1 Comprimé matin, pendant 3 mois

$$87,50 \times 3 = 262,50$$

S.V

- Nebilet 5 mg - comprimé
1 Comprimé, midi, pendant 3 mois

$$113,50 \times 3 = 340,50$$

S.V

- Hyperium 1mg - comprimé
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

$$T = 1485,00$$

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 05 28 89 04 20
21056361

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35 Av Hassan II Laâyoune
Tel: 05 28 89 3 59
Dr. ELAROUI YOUSSEF
INPE: 022067482

Laâyoune le.....

NEBILET®

nebivolol 5 mg

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01

NEBILET®

nebivolol 5 mg

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01

Composition, indications, posologie:

Voir notice à l'intérieur.
A conserver entre 15 et
Ne pas laisser à la portée
enfants.
Excipient à effet notable:
A demander l'avis du médecin
ou du pharmacien ou de
consulter un médecin en
problème lié à l'utilisation
du produit.

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

Le, 17/09/2021

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 Coeur et des Vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 05 28 89 04 20
21056361

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

Le, 17/08/2021

Certificat médical

Je soussigné, D^r Adel El KHATABI, Docteur en médecine cardiologue, certifie par la présente, que M^r SOUSSI Lahoucine est atteint d'une maladie cardio-vasculaire chronique à type d'hypertension artérielle nécessitant un traitement de longue durée.

Traitements prescrits :

- 1) Coveram 10 mg / 10 mg : 1cp/j
- 2) Nebilet 5 mg : 1cp/j
- 3) Hyperium 1 mg : 1cp/j

Certificat délivré à l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit

Signé : D^r Adel EL KHATABI



کوفیر ام

مبلغ 10 مبلغ 10

عینک

بیر اندوبریل ارجنین / املودیین

10 10

30 جبة



294,00

کوفیر ام

مبلغ 10 مبلغ 10

عینک

بیر اندوبریل ارجنین / املودیین

10 10

30 جبة



294,00

کوفیر ام

مبلغ 10 مبلغ 10

عینک

بیر اندوبریل ارجنین / املودیین

10 10

30 جبة



294,00



HYPERIUM® 1mg

30 comprimés

30 قرصا

Liste I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



Respecter les doses prescrites
احترم الدoses المحددة



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg • O

Boîte de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033





HYPERIUM® 1mg

30 comprimés

30 قرصا

Liste I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



Respecter les doses prescrites
احترم الدoses المحددة



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg • O

Boîte de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033





HYPERIUM® 1mg

30 comprimés

30 قرصا

Liste I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



Respecter les doses prescrites
احترم الدoses المحددة



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg • O

Boîte de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033

