

## 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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-596510

couleur

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03107

Société : Royal AIR MAROC

### Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : AHINDAK ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0657348440

Total des frais engagés :

176,08

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAOUELAÏNIN  
Mohamed Laghdaf  
Résident en Radiologie  
TMC - CMC - CHU - AGADIR  
INPE : 041-30285

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/09/21

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-596510

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 : 03107

Nom de l'adhérent(e) : AHINDAK

Total des frais engagés : 176,08

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
25/02/2021	cx		75	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <b>Dr. MAOUELAININ          Mohamed Aghdaf          Médecin Capitaine          Résident en Radiologie          1<sup>er</sup> CMC - CHU - AGADIR</b>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IFOULKE t.7 Barmat 1Lotiss. Ifoulke Melloul-Tét. f.5.28.24.53.76 <i>[Signature]</i>	25/09/21	91,80 ENR: 042080317

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Médecin Colonel- Abderazzag EL KHA Professeur de Radiologie Chez Service d'Imagerie M TBC.M.C - Agadir</i></p>	<p><i>25/03/2021</i></p>	<p><i>Rx</i></p>	<p><i>200</i></p>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
FORCES ARMEES ROYALES  
ETAT MAJOR ZONE SUD  
1<sup>°</sup> CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
قيادة المنطقة الجنوبية  
المركز الطبي الجراحي الأول

Dr. MAOUELAINI  
Mohamed Boughedaf  
Medecin Capitaine  
Résident en Radiologie  
1CMC - CHU - AGADIR  
RNPE : 041230285

12,80

⑨ Dolipo

300 T

79,00

2) ABCD

May 6

316

5

45

Pharmacie IFOULKI  
Lot.7 Barmat 1 Lotiss. Ifoulki  
Ait Melloul-Tél: 5.28.24.53.76

**Dr. MAQUELAININ**  
**Mohamed Laghdaf**  
**Médecin Capitaine**  
**Résident en Radiologie**  
**1<sup>o</sup> CMC - CHU - AGADIR**  
**INPE : 041230285**

25 SEPT 2021

PPC : 79,00 DH  
Lot : BCZ35  
Date de péremption :  
03/2024



6 800256 121153

PPV 12DH80  
PER 05/22  
LOT J1455

1280

HOPITAL : CH2BC  
SERVICE :

ROYAUME DU MAROC  
FORCES ARMEES ROYALES  
ETAT MAJOR ZONE SUD  
1<sup>o</sup> CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL

PRENOM : Lina

NOM :

AHINDAR

GRADE :

MLE :

CSA

UNITE :



EXAMENS DEMANDES

REPONSE DU SPECIALISTE

Faire SVP

+ C1

- radio de l'avant bras  
gauche prenant le poignet  $\leftarrow F$   
 $\leftarrow P$   
+ radio comparative



Dr. MAQUELAININ  
Mohamed Laghdaf  
Médecin Capitaine  
Résident en Radiologie  
1<sup>o</sup> CMC - CHU - AGADIR  
INPE : 041230285

Agadir, le :

29 Sept 2001

Agadir, le :

25.9.2021

ROYAUME DU MAROC  
FORCES ARMEES ROYALES  
1<sup>o</sup> CENTRE MEDICAL CHIRURGICAL  
REGIE DE RECETTES

QUITTANCE N° 031293

NOM ET PRENOM :

MONTANT :

385,-	100,-	75,-	385,-
	R x AVant Bras		
2 R x Peingt			200,-

Le Régisseur :

