

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº W21-808857

171727

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10012	Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEN MOUMEN YASSIR
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
21/02/1971			
Adresse :			
Appt 8 Immeuble 28 Résidence Jardins de Sousse Hay Mohamed Agadir			
Tél. :	+212 661 417 194	Total des frais engagés :	284 DH
Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :

Date de consultation :
15 Août 2023
Nom et prénom du malade :
Agadir
Lien de parenté :
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 : 08/07/2023

Agadir

Agadir

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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BOUZOUF Mounir 0528 22 84 27 AGADIR	08.07.23	284,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

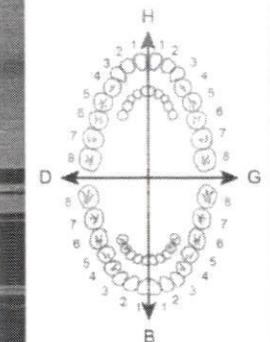
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

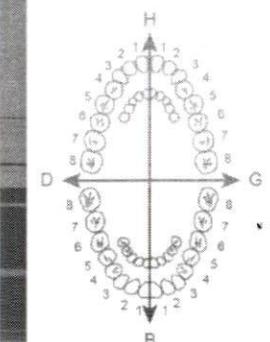
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
00000000	00000000

35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE JARDINS DE SOUSS
MR MOUNIR BOUZOUF
N 25 IMM:50 JARDINS DE SOUSS HAY EL
MOHAMMADI AGADIR

Tél : 0528228427

08/07/2023

Mr YASSIR BENMOUMEN

FACTURE N° : 6701

du : 08/07/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	IRPHI PLUS 150/12.5 CP B30	142,00	284,00	7%
Total TTC			284,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX CENT QUATRE-VINGT QUATRE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	265,42	18,58	284,00
		265,42	18,58	284,00



IRPHI PLUS® 150mg/12,5mg

Irbesartan/Hydrochlorothiazide

إِرْفَيْ بُلُوْس® 12,5/150 مغ

إِرِيزارْتَان/هِيدْرُوكْلُورُوتِيازِيد



30 قرصاً

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

φ
h.i.

مَعْهَدُ الصِّدْلَةِ

LOT : 023
PER : MAR 2025
PPV : 142 DH 00

IRPHI PLUS® 150mg/12,5mg

Irbesartan/Hydrochlorothiazide

إِرْفَيْ بُلُوْس® 12,5/150 مغ

إِرِيزارْتَان/هِيدْرُوكْلُورُوتِيازِيد



30 قرصاً

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

φ
h.i.

مَعْهَدُ الصِّدْلَةِ

LOT : 023
PER : MAR 2025
PPV : 142 DH 00



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :	BENAOUI RN	YASSIR
Matricule :	10012	N° CIN : DU 80 082
Adresse :	Apt 8 Immeuble 28 Résidence Jardins de sous Hay D'Shamadi Agadir Maroc	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 03M8634L
Certifie que Mle, Mme, M. : BENAOUI RN YASSIR	

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois À vie

Maladie de Longue Durée

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

H.D. - C.I.C.R. F.P.C. H.O.U.A. R.T.P.

Dont ci-joint ordonnance : Oui

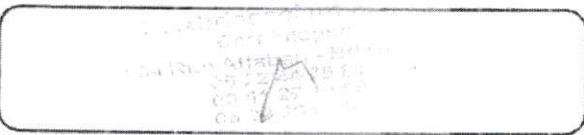
Traitements prescrits :

ERIAS plus 150/12.5 (g).

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 30/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées