

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-813063

271730



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10012

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN MOUMEN Yassine

Date de naissance :

08/02/1971

Adresse :

Appt 8 Immeuble 28 Résidence Jardins de Souss Hay Mohamed Agadir Maroc

Tél. : +212 661417174

Total des frais engagés :

284 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	15 AOUT 2023	Age:
Nom et prénom du malade :	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ACCUEIL C. NINIA	
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 : Agadir

Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. BOUZOUF Mourir Tél: 0528 22 84 27 ASADIR M. El Mohammadi	01.08.23	2.841,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

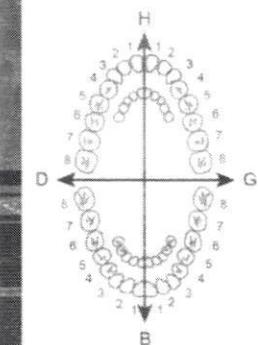
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

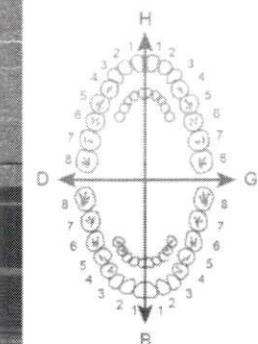
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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



10/08/2023

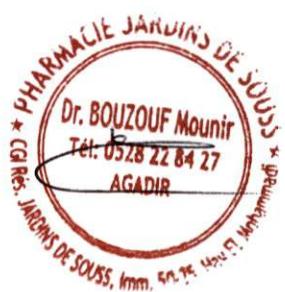
FACTURE N° : 9548

du : 10/08/2023

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



30 قرصاً

إِرْفَيْ بِلُوُس® 12,5/150 مغ

إِرِيزَارْتَان/هِيدْرُوكْلُورُوتِيازِيد

IRPHI PLUS

150mg/12,5mg

30 Comprimés



6 118000 051299

φ_{h.i.}

معهد الصيدلة

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

IRPHI PLUS® 150mg/12,5mg

Irbesartan/Hydrochlorothiazide



30 قرصاً

IRPHI PLUS
150mg/12,5mg
30 Comprimés



6 118000 051299

Φ_{h.i} محمد الصيدلة

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

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom : BENAOUIRN

YASSER

Matricule :

10012

N° CIN : DH80082

Adresse : APPT 8 Immobile 28 Résidence Jardins des Sables Hay Nshamedi Agadir Maroc

Bénéficiaire de soins :
 Adhérent

 Conjoint

 Enfant
Partie réservée au médecin traitant
Je soussigne :
Spécialité :
N° ICE :
N° INPE : 03M86348

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BENAOUIRN YASSER

Nécessitant un traitement d'une durée :
 < 3 mois

 Entre 3 et 6 mois

 A vie

Maladie de Longue Durée

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

HGD. C.G.C.R. FEPG. HGLP. RAP

Dont ci-joint ordonnance :

Oui

Traitements prescrits :

IRISE 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 :

 034 120 22 00
 034 120 22 00
 034 120 22 00
 034 120 22 00
 034 120 22 00

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