

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

- Réclamation : 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° W21-806221

coucou

<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)	<input type="checkbox"/> Autre :	NP 70764
Nom & Prénom : SOUSS ST LAHOU CINE			
Date de naissance : 30/6/1946			
Adresse : Rue Monlay Ogdelhajide N° Hay EL HASSANI Layoume			
Tél. 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 350 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : Dr. EL ATMANI Samir Anesthésiste Réanimateur Clinique Al Houda ACADIR			
Date de consultation : 28/1/2017			
Nom et prénom du malade : SOUSS ST LAHOU CINE Age : 1946			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant CPA			
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 : Layoume
Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-806221
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) : SOUSS ST LAHOU CINE
 Total des frais engagés : 350 Dhs
 Date de dépôt :

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
28/07/23 CPA			200,00	INP : 07112960994 ZLATMANI esthésiste clinique 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CLINIQUE AL HOUT 1000 A3 N° 171 Quartier Administratif AL HOUZA AGADIR Tel : 05 28 32 30 39 / 05 26 3 Fax : 05 28 32 11 32 Accueil	26/07/18	ECG	150.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

ÉTAT 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F **DETERMINATION DU COEFFICIENT
PROTHESSES DENTAIRES MASTICATOIRE**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dossier N° :

.....

Agadir, le : 28/07/23

Chambre N°

NOTE D'HONORAIRES

Dr. EL ATMANI Saini
Anesthésiste Réanimatrice
Clinique AL HOUDA
AGADIR

Le Docteur :

présente à M. : S.oussi LA HOU Cine

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

200,00

Pour l'acte :

C.P.A

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. EL ATMANI Saini
Anesthésiste Réanimatrice
Clinique AL HOUDA
AGADIR

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهودى

Agadir, le 21.07.2023

Mr. Soussi LAHOUCINE

- ECG

Dr. EL ATMANI Salma
Anesthésiste Réanimateur
Clinique Al Houda
AGADIR



Clinique AL HOUDA, Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face de la mosquée

Khalid Bnou Alwalid - Cité AIHOUDA - Agadir

Tél : 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax : 05 28 32 11 32



F A C T U R E

N° 23 070 588 / 2023 du 29/07/2023

Nom patient	SOUSSI LAHOUCINE	Entrée 28/07/2023	Sortie 29/07/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECG	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total				150,00

	Total général	150,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CENT CINQUANTE DIRHAMS		

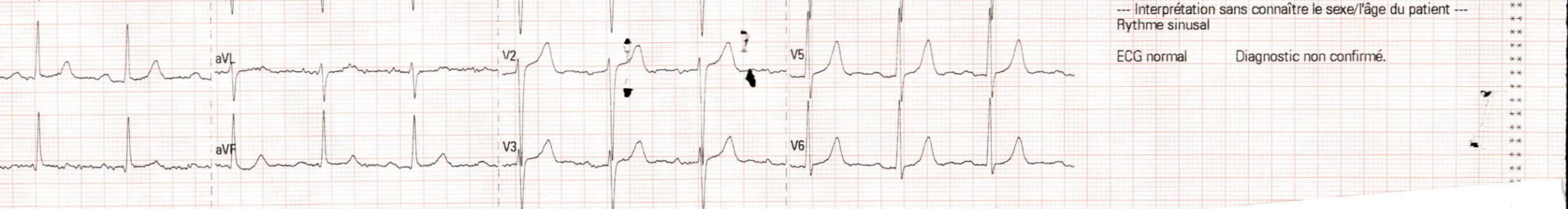
Encaissements	Spécificité	Montant	Montant	Montant	Total encaissé	Solde
	Spécificité	Montant	Montant	Montant	Total encaissé	Solde
	150,00				150,00	0,00



ID:2023072808432838

Nom:

28-07-2023 08:43:18



ID:2023072808432838

Nom:

28-07-2023 08:43:18

Fréq. Ventriculaire(bpm)	75
Intervalle PP (ms)	202
Durée QRS (ms)	90
Interv. QT/QTc (ms)	382/409
Axes P/PR/ST (deg)	50/0/45

--- Interprétation sans connaissance le sexe/l'âge du patient ---
Rythme sinusal

ECG normal

Diagnostic non confirmé.