

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-787444

191324

pay Louis

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUSST LAHOUCINE

Date de naissance : 30/6/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhadj N°7 Hay EL HASSANI Laayoune

Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 1102 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 JAN. 2024

Nom et prénom du malade : IGHOULAS Fadma

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Remplacement Valvulaire

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 : Laayoune

Le : 17 / 1 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-787444

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) : SOUSST LAHOUCINE
Total des frais engagés : 1102 DH
Date de dépôt :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
03 JAN 2024	Cs		2000	INP: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MUSTAPHA N° 28 89 23 59 YASSINE 022067482	09/01/24	9020

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

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

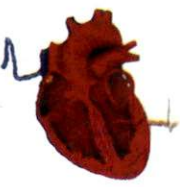
VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA 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

MME IGHOULAS FADMA

224,3 x 62,1

- Exforge 5mg/160mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

25,1 x 2,0

- Digoxine native 0,25 mg - comprimé
1 Comprimé, midi 5 jours /7, pendant 3 mois

180,1

- Sintrom 4 mg - comprimé sécable

1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur 2, le soir 2 heures loin des repas , pendant 3 mois

224,3 x 62,1

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35 Av Hassan II Laayoune
Tél : 05 28 89 23 59
Dr. ELAROU YASSINE
INPE : 022067482

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laayoune
Tél : 05 43 02 52 39 Fax : 05 28 89 04 20
21055361



6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine)
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00



6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
(Digoxine)
30 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

09 JAN. 2024



611800103056 9

EXFORGE ○
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103056 9

EXFORGE ○
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103056 9

EXFORGE ○
5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



ملغ 4[®] سنتروم
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



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

Le , 9-Jan-24

Facture

Nom : IGHOULAS

Prénom : FADMA

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 Cœur et des Vaisseaux
N° 43 Rue Al Fakhri Laâyoune
Tél : 06 43 02 52 30 Fax : 06 28 89 04 20
21056361