

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° W21-787444

191324

Pay Louis

<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 :	
Nom & Prénom :		SOUSS LAHOUCINE	
Date de naissance :		30/6/1946	
Adresse :		Rue Moulay Abdelhafid N°7 Hay EL HASSANI Laayoune	
Tél. :		06 67 19 73 83	
Total des frais engagés : 110.8 DHS			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
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 : Laayoune

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/11/2024

VOLET ADHÉRENT
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) : SOUSS LAHOUCINE
Total des frais engagés : 110.8 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
09 JAN 2008	CS		2001,-	INP : 1454144 Valéry LAFAYE Spécialiste du cœur et de l'artère n° 43 Rue Alibert 75003 Paris tél : 01 43 02 52 39 Fax : 01 43 05 63 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MUSTAPHA <u>San J Laâyoune</u> <u>28 89 23 59</u> QUI YASSINE <u>022067482</u>	09/01/2024	902102

ANALYSES - RADIOPHARMES

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	

VIOLET 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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

عيادة تشخيص أمراض القلب والشرايين

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, ٢٣٢ ٦٧٢

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

A'S

25, ٢٥٢ ٨٠١

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

A'S

١٨٠, ٩٢ ١٨٠

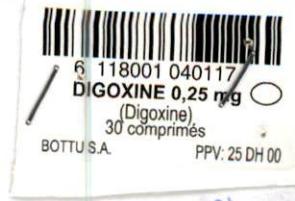
- Sintrom 4 mg - comprimé sécable
1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur 2, le soir 2 heures loin des repas , pendant 3 mois

A'S

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35 Av Hassan II Laâyoune
Tel : 05 28 89 23 59
Dr. ELAROUTI YASSINE
INPE : 022067489

DR. ADEL EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tél : 06 43 02 52 39 - 05 28 89 04 20

21056361



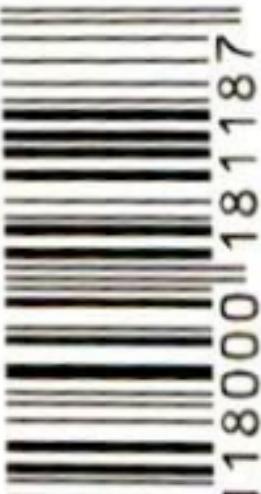


سینتروم
اسينوكومارول

4[®]
ملبغ
٤٢٩

Sinstrom[®] 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

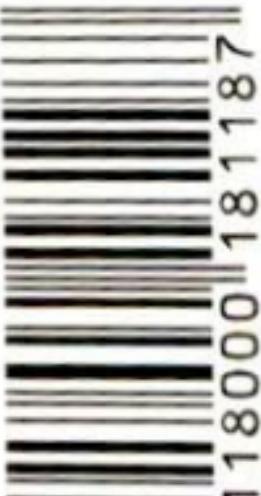


سینتروم
اسينوكومارول

4[®]
ملبغ

Sinstrom[®] 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

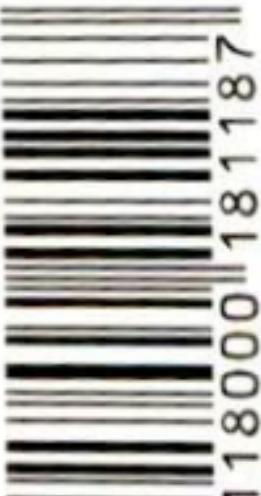


سینتروم
اسينوكومارول

4[®]
ملبغ

Sinstrom[®] 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

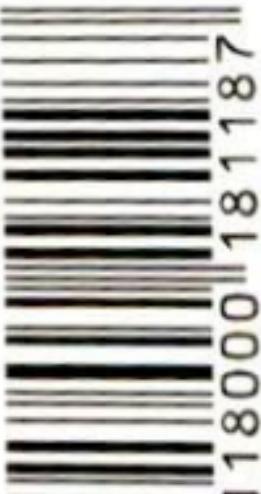


سینتروم
اسينوكومارول

4[®]
ملبغ
٤٢٩

Sinstrom[®] 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

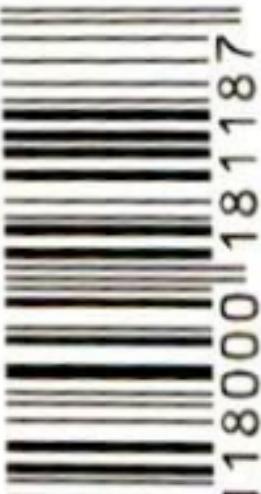


سینتروم
اسينوكومارول

4[®]
ملبغ
٤٢٩

Sinstrom[®] 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

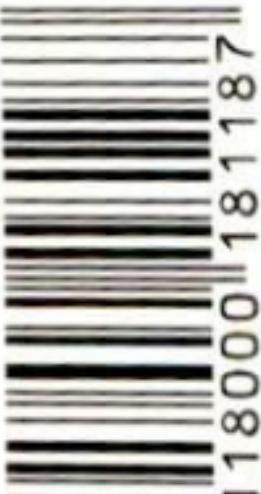


سینتروم
اسينوكومارول

4[®]
ملبغ
٤٢٩

Sinstrom[®] 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

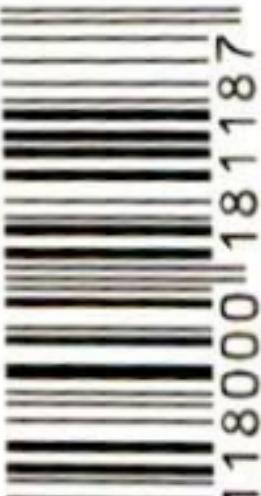


سینتروم
اسپينوکومارول

4[®]
ملبغ

Sinstrom[®] 4 mg

Acénoconumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

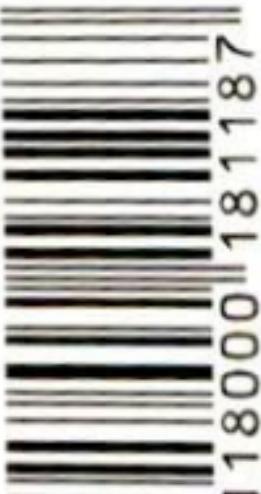


سینتروم
اسينوكومارول

4[®]
ملبغ

Sinstrom[®] 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

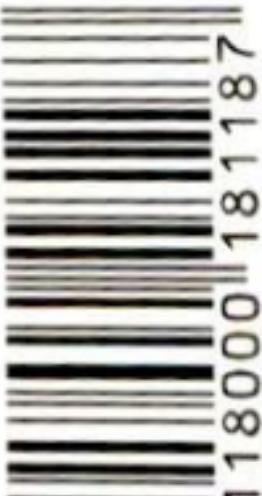


سینتروم
اسپينوكومارول

4[®]
ملبغ

Sinstrom[®] 4 mg

Acénoconumarol 10 comprimés



6 118000 181187

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

