

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, parodontologie 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-679836

144004

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10698

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADAOUI BANH ou Housla

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

066142620

Total des frais engagés : 40160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP : 91088930
903, Av. 2 Mars Casablanca
Tél : 05 22 57 67 63

Date de consultation : 09/12/22

Nom et prénom du malade : SAADAOUI AKRAN

Age : 15 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : pharyngite

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 : Casa

Le : 1 Dec 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP : A-A-215/2019

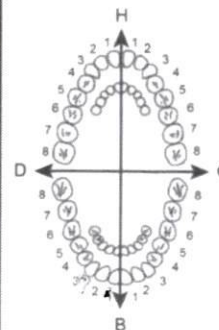
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/2022	110160

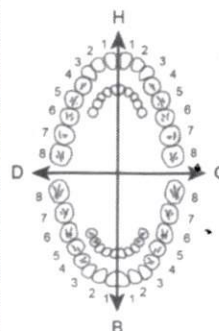
[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



H		
25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	G	
00000000 35533411	00000000 11433553	
B		MONTANTS DES SOINS
(Création, remont, adjonction)		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لولو

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 09/12/2022 الدار البيضاء في

SAADAoui AKRAM

55.00/

Amoxil 1g disp

14.60

1 cp x 2 /j pendant 7j

doliprane 1000 (1 boîte)

338.00

1 cp x 4 /j si fièvre

Adacel - polio (1 dose)

401.60

صيدلية الأمان
Pharmacie AL ANARA
Mme LARAÏBI SOUALI Naïma
Docteur En Pharmacie
921 923 Bd 2 Mars Casa
Tel 0522 21 40 32/54

Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP : 91088930
903, avenue 2 Mars, Casablanca
Tél : 0522 57 62 63

903 شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.70.83 / 05.22.52.62.63 / 06.61.19.62.60 : المحمول
903, avenue 2 Mars, 1^{er} étage - Casablanca - Tél.: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

- INP 91088930 -

PPV: 55.00 DH
LOT: 648424
PER: 11/23

Amoxil
amoxicilline

12 comprimés
dispersibles
1g



ADACEL®-POLIO

To
A Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
A Ain sebaâ Casablanca
ADACEL POLIO SUSP INJ
a B1 SER
V P.P.V: 332,00 DH
p
A 5 118001 082182

For persons 4 years or age and al
mayores de 4 años

Suspension for injection in a prefill
suspensión inyectable en jeringa pr
Dose: 0.5 mL intramuscular/Dose: (