

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

- Reclamation : 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° W19-457768

183888

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7863 Société : RAM.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUSHADIN HASSAN
Date de naissance : 02/04/67
Adresse : 46 LOT FLORIDA SIDI MAAROUF
Tél. : 666828851 Total des frais engagés : 483,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Carte du médecin : Dr. Imane LAHLOU
PÉDIATRE
10, Al Moustakbal GH 6 N° 2
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél 0522 58 48 55
Date de consultation : 28/10/2023
Nom et prénom du malade : MOUGHAMIR ALI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Bronche - Asma
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 : 28 SA Le : 28/10/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-457768

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 : 7863
Nom de l'adhérent(e) : MOUSHADIN
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
28/10/23	CS	250	233,50	INP : 0911179960 Dr. Mohamed LAHLOU N° 162, Lot Florida C, Sabaudia Tél: 03 22 32 32 15 Email: tahrim@tahrim.com

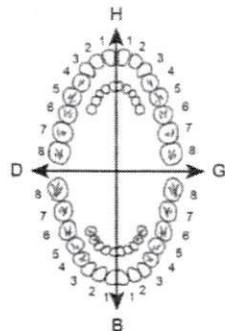
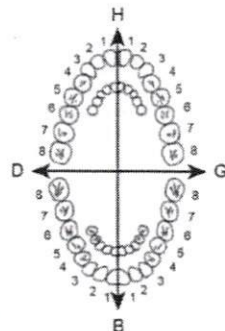
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 092065721 N° 162, Lot Florida C, Sabaudia Tél: 03 22 32 32 15 Email: tahrim@tahrim.com	28/10/23	233,50

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 : <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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <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>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Docteur Imane LAHLOU

PEDIATRE

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant

Allergie - Asthme

Nutrition



الدكتورة إيمان لحلو

طبيبة الأطفال

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

الحساسية والضيقة

التغذية

Casablanca, le

28 OCT 2023

Age : _____

Poids : _____

Rougar Aer.

93,50

Otoman spray not



App x 3/j nour.

Enfelm net gaze 1 ctm x 2/j

140,00

Serehik 10

2 B x 2/j 3 mois



Nodnet

Apulu temohi Jus
chup nour 3 mois

233,50
PHARMACIE
ZENITH MILLENIUM
Dr. Amina TAHRI
N° 162, Lot Florida - Casablanca
Tel: 05 22 32 15 16
Email: tahrimina78@gmail.com

Dr. Imane LAHLOU
PEDIATRE
40, Al Mousaïd - Casablanca
Tel: 05 22 58 48 55

PHARMACIE
ZENITH MILLENIUM
Dr. Amina TAHRI
N° 162, Lot Florida - Casablanca
Tel: 05 22 32 15 16
Email: tahrimina78@gmail.com

40, شارع عبد المالك السعدي, GH 6 رقم 2 الطابق السفلي (أمام حديقة العمالة) سيدي معروف - الدار البيضاء
40, Boulevard Abdelmalek Essaâdi, GH 6, N° 2 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. : 0522 58 48 55 / 07 62 62 06 04 - الهاتف : Urgence : 0661 44 64 68 - Email : imanlahlou05@yahoo.fr

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 140.00 DH
118001 141852



35°C



8 016887 000134



ISOPHARM
OTOSAN
NASAL BABY

NB146

93.50 dhs

2026/03

bxp

1415



30.01.2026
1415