

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 rééducation.
- 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'Hayat
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° W21-808411

189357

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUBAZAL AHMED

Date de naissance : 08/09/65

Adresse : 33601 SIA M Rue 5 APPT 7
CALIFORNIA CASAB

Tél. : 0673712738 Total des frais engagés : 950,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP : 91088930
003, Av. 2 Mars Casablanca
Tél : 05 22 52 62 63

Date de consultation : 21/12/2003

Nom et prénom du malade :

OUBAZAL AHMED

Age :

08/09/65

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Fracture

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 :

CASAB

Le :

04/01/14

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
21/11/23	G	7	200	INP : [] [] [] [] [] Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE N° 91088930 Casablanca 26263

INP : [] [] [] [] [] []
Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP - 91088930
Mars Casablanca
27 52 62 63

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Pharmacie SOULAIMA YOUSRA LAHABILI LAILOU Rés «Les Jardins de Californie 2» Bd. de Fes Imm. 1 Californie Casa Tel. 05.22.21.98.94
Pharmacie SOULAIMA YOUSRA LAHABILI LAILOU Rés «Les Jardins de Californie 2» Bd. de Fes Imm. 1 Californie Casa Tel. 05.22.21.98.94	21/12.23	Pharmacie SOULAIMA YOUSRA LAHABILI LAILOU Rés «Les Jardins de Californie 2» Bd. de Fes Imm. 1 Californie Casa Tel. 05.22.21.98.94 750,90

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBAÏ KHLOU
Rés. «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa Tél: 05.22.21.95.94

PHARMACIE SOULAIMA
RÉS. EL LAJOLIN DE CALIFORNIE 2,
Bd. de Fes. Lm. 1 Californie
Casa. Tel: 05.22.21.98.94

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

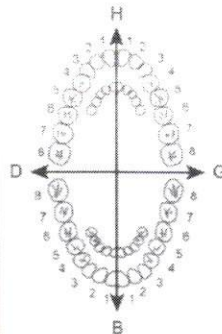
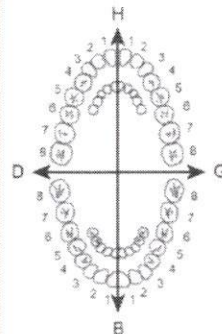
Montant détaillé
des Honoraires

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		05533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	05533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 d
Soins

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

255334

21433552

☐

1000

355334

1	11433553
---	----------

自

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE 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 لحلو

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استر اسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتنظير

21/12/2023

Casablanca, le 21/12/2023 في الدار البيضاء ،

OURHZAL MARWA



Néomox 500 (1 flacon 100ml)

1 cac x 3 /j pendant 7j

Bronchathiol E (1 flacon)

1 cac matin et après midi pendant 5j

Orapred 20 mg (1 boîte)

2 cp /j pendant 3j

Doliprane 500 (1 boîte)

1 sachet x 4 /j si fièvre

Safllu 125 spray

2 bouffées x 2 /j pendant 4 mois

Ventoline spray (1 boîte)

3 bouffées x 4 à 6 /j pendant 7j en cas de crise

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

PHARMACIE
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1
Casa. Tél: 05.22.21.98.94
PEDIATRE
INP : 91088930
903, Av. 2 Mars Casablanca
Tél : 05.22.21.98.94

PPV 18 DH 60
PER 07 125
LOT L2455

PPV 14 DH 40
PER 11 125
LOT L3800

LOT: GB21163
PER: 05/2024
PPV: 140 DH 00

LOT: GB21162
PER: 05/2024
PPV: 140 DH 00

LOT: GB31087
PER: 05/2025
PPV: 140 DH 00

LOT: GB31087
PER: 05/2025
PPV: 140 DH 00

PPV : 42,20 DH
LOT : V38T
PER : 03/2025

06.61.19.62.60 : المحمول - 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 : الهاتف - الدار البيضاء - الهاتف
903, Avenue 2 Mars, 1^{er} étage Casablanca - Tél.: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83

INP 91088930

Lot
EXP
PPV