

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

W21-840438

199999

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12547

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FOULANI KABIL

Date de naissance : 09/02/1985

Adresse : RES LES CHAMPS 04 APPT 812 ENNASSIM CASABLANCA

Tél : 06 67 16 69 37

Total des frais engagés : # 400,70 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22/03/24

Nom et prénom du malade : EL FOULANI KABIL

Age : 29/12/21

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA

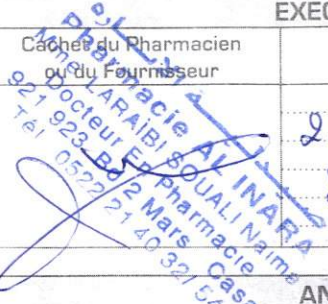
Le : 22/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/2010-2023

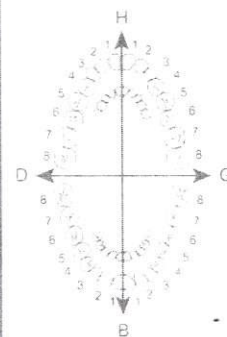
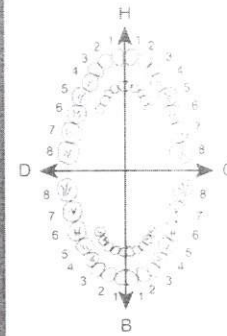
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
22/03/24	Cg	1	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.03.	150,70
	2024	

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

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

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553           </div> </div> B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires
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 لحو**

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استر اسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 22/03/2024 الدار البيضاء ، في

**EL FOULANI ZEYNEB**

Honoraires CS: 250 Dh

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

903، شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.70.83 / 05.22.52.62.63 - المحمول : 06.61.19.62.60  
903, Avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage Casablanca - Tél.: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

INP 91088930

**Docteur Ahmed LAHLOU**

*Pédiatre*

*Réanimation néonatale*

**الدكتور أحمد لحو**

اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

إنعاش الرضع

22/03/2024

**EL FOULANI ZEYNEB**

**PPV 38DH10  
EXP 09/2026  
LOT 35003 3**

**AXIMYCINE® 250 mg/5ml**  
Poudre pour 100 ml  
de suspension buvable

6 118000 030119

Aximycine 250 (1 flacon)  
1 cac x 3 /j pendant 7

Bronchathiol E (1 flacon)  
1 cac matin et après midi per

Betastene (1 boîte)  
120 gouttes/j pendant 3j

Nurodol (1 flacon)  
dose 12 kg x 3 /j / si fièvre

Doliprane 150 (1 boîte)  
1 suppo x 4 /j si fièvre

Soufrane (1 boîte)  
4 x /j pendant 5j ( nez)

Otipax (1 boîte)  
3 gouttes x 3 /j pendant 5j (oreilles)

**PPV : 17DH40**

PER 12/26  
LOT M4290

**BRONCHATHIOL® ENFANT**  
Carbocisteine 2%

Solution Buvable 125 ml

6 118000 040149

**Doliprane® 200 mg**  
Paracétamol

10 Suppositoires

6 118000 040309

**Dr. LAHLOU AHMEL  
PEDIATRE**

INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars - Casablanca  
Tél : 05 22 52 62 63

903 Avenue 2 Mars . 1<sup>er</sup> étage Casablanca. Tel : 0522526263/ 0522527083. GSM :0661196260

0661196260 / 0522527083 / 0555526263 .الهاتف .الدار البيضاء. 903 شارع 2 مارس . الطابق الأول.

INP 91088930