

## 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.

N° W19-504941

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12683

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSYAD RACHID

Date de naissance : 28/12/1986

Adresse :

Tél. : 062760252

Total des frais engagés : 517,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 25/12/19

Nom et prénom du malade : ASSYAD ANIR

Age : 27/12/18

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : otitis

Assyad Anir

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 : 07/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-504941

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 12683

Nom de l'adhérent(e) : ASSYAD

Total des frais engagés : 517,80

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## 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
25/12/19 C	1	1	250000	INP : 1234567890 DOUAR AHMED DIATRE 0889 2254452215 GARANTIE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Souhane Imad El abidine Maarouf Tel 0522 584177	25/02/19	PHARMACIE SIDI MAAROUF Lot Souhane Sidi Maarouf tel 0522 584177

## **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
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

## VOLET ADHERENT

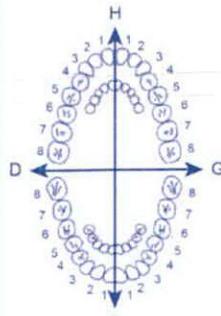
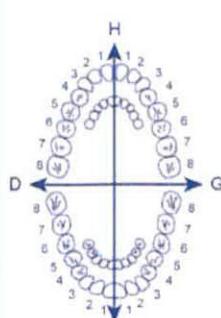
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			
	D <input type="text"/>	25533412 00000000	G <input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D <input type="text"/>	35533411	G <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B <input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب اخصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفار

Casablanca, le

25 Mars 1997

الدار البيضاء، في

INP 91088930  
DOU AHMED  
PEDIATRE  
DOU AHMED  
S.V.  
S.V.  
S.V.

38. PHARMACIE ANTENMIA SARL AU  
Lot. Soufiane Imm. B2 N°7  
Sidi Maarouf Casablanca  
Tél 052584777  
clav siph  
1 dose 12 kg à 3 hr

22.50

Nodulfer siph  
1 dose 12 kg à 3 hr fin

85.00

Steimar poche  
1 pnt à 5 h

16.30

Scopur sol Mexico  
1 pnt à 3 hr

S.V.  
S.V.  
S.V.

DOU AHMED  
PEDIATRE  
DOU AHMED  
S.V.  
S.V.

DOU AHMED  
PEDIATRE  
DOU AHMED  
S.V.  
S.V.

DOU AHMED  
PEDIATRE  
DOU AHMED  
S.V.  
S.V.

PHARMACIE ANTENMIA SARL AU  
Lot. Soufiane Imm. B2 N°1  
Sidi Maarouf Casablanca

Tel 052584777

Tel 0522526263

- INP 91088930 -

903 شارع 2 مارس العاشر بمنطقة العروبة - 10000 Casablanca - Tél. : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 GSM : 06.61.19.62.60

**SOCLAV® 100 mg/12,5 mg**  
Nourrissons  
Flacon de 30 ml



6 118000 021971

**SOCLAV® 100 mg/12,5 mg**  
Nourrissons  
Flacon de 30 ml



6 118000 021971

**SOCLAV® 100 mg/12,5 mg**  
Nourrissons  
Flacon de 30 ml



6 118000 021971

38,00

38,00

38,00

NO - DOL FEN 20MG/ML  
SUSP BUV FL 150ML  
LOT : 9MMA108  
PER : 02/2022  
P.P.V : 22DH50  
6 118000 061892

**SOUFRANE 2P.CENT**  
Solution pour pulvérisation nasale



6 118000 180463

16,30

Bétastène 0,05%, solution  
sauvage, flacon de 30ml



6 118000 091806

LOT : 4003  
UT. AV : 06 - 21  
P.P.V : 30 DH 00

DRUGS & MEDICAL EQUIPMENT  
SOCIETY OF MEDICAL EQUIPMENT  
SOCIETY OF MEDICAL EQUIPMENT  
SOCIETY OF MEDICAL EQUIPMENT