

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-464309

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : OUKHZA AHMED  
 Date de naissance : 06/09/65  
 Adresse : 38201 CHAM RUE 5 APPT 7 californie  
 Tél. : 0678712738 Total des frais engagés : 391,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/2019  
 Nom et prénom du malade : OUKHZA AHMED Age : 54 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 16/12/2019  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
16/02/99	CG	7	750	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] DR. LAHLOU AHMEL GÉNÉRALISTE 8930

Dr. LAHLOU AHMED  
PEDIATRE  
21088930  
hablancia

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ARMAGE SOUL</b> <b>YOUSRA LEB</b> <b>Les Jardins de Californie 2</b> <b>de Fes Imm. 1 Californie</b> <b>sa. Tél: 05 22 21 22 21</b>	16/12/2019	141.60

ARMASIE SOULMA  
OUSRA LAHBI LAHLOU  
«Les Jardins de Californie 2»  
de Fas Imm.1 Californie  
sa. Tél: 05 2 22 21

[illegible][illegible]

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.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25532412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div>		<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>	
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>H</b> </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>			
<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>		MONTANTS DES SOINS		<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>	
		DATE DU DEVIS		<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION		<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>	

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 لعلو**

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 16/12/2019 في الدار البيضاء ،

**OURHZAL SARA**

Eumoxol E (1 flacon)

1 cas matin et midi pendant 5j

Kopred 20 mg (1 boîte)

2 cp /j pendant 5 j

Doliprane 500 (1 boîte)

1 sachet x 4 /j si fièvre

Sterimar Stop Rhume (1 flacon)

2 à 6 x /j

PHARMAS  
LOT : 3651  
UT.AV : 11-22  
PPV : 36D-140

14.40  
PPV 14DH40  
PER 12/21  
LOT H2599

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

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

**SANS CONSERVATEUR**  
Importateur Exclusif  
Biocode Maroc  
www.biocodex.ma  
p.p.c. 90.90 DH  
En cas d'exposition  
aux agents exogènes

903, شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - 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 -