

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-617806

65150

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 6877	Société : Royal air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : SFAÏNA ABDELAZIZ		
Date de naissance : 12/07/1966		
Adresse : N°8, Rue de Vil offrande n°1 CASA		
Tél. : 0664 72 86 92	Total des frais engagés :	



Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :	SFAÏNA ATTAIE	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Pyrosis ambigue purférée	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/03/2021



### 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.

## **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
3 21	2	1	100	INP : DE LAHLOU Anouar 30 Bd Anouar Mekki Tel: 022-86.11.22 Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

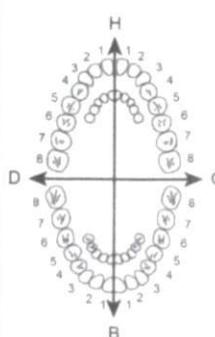
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Lahlou A. Mekki**

Diplômé de Diabétologie  
 Diplômé de Diététique et Nutrition  
 Certificat de médecine micro-nutritionnelle fonctionnelle  
 Médecin hypnothérapeute  
 Médecin Expert Assermeté  
 Membre du Collège National des médecins nutritionnistes  
 Membre fondateur et Président du collège des hypnothérapeutes du Maroc

**الدكتور لحلو أمين مكي**  
 شهادة جامعية في الأمراض السكرية  
 شهادة جامعية في طب الحمية والتغذية  
 شهادة في علم التغذية الدقيقة الوظيفية  
 طبيب معالج بالتنويم المغناطيسي  
 طبيب خبير ملف  
 عضو في الكلية الوطنية لأطباء الحمية والتغذية  
 عضو مؤسس ورئيس كلية المعالجين بالتنويم المغناطيسي في المغرب

Casablanca le ..... 05.03.2021 ..... الدار البيضاء

**Mr SFAIRA Amine**

1 FUCIDINE 250 mg cp pellic : Plq/10



03 BTES

2 MYCODERME POUDRE



Similaire

3 BETADINE PH2



une bte

4 NOMIC 150



UNE BTE DE 4

**Dr LAHLOU A. Mekki**

افريقيا - فارما

AFRICA - PHAR

LOT 205926  
EXP 05/23  
PPV 72DH90

Fluconazole

4 Gélules  
Voie orale

150 mg

NOMYC®

150 mg

4 Gélules

6 118000 071006



# MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

Usage externe

LOT : 08220028  
PER : 11/2025  
PPU : 49,00 DH

Flacon de 30 g

# فوسيدين® ٥٢٥ ملجم فوسيد ات الصوديوم 10 أقراص مغلفة

Fucidine® 250 mg, comprimé pelliculé  
فوسيدين® 250 ملجم، قرص مغلف



**Titulaire**  
**Laboratoires LEO**  
2, rue René Caudron,  
78960 voisins le Bretonneux France  
صاحب مفرد التسجيل بالـ E.M.  
شارع رونى كوردون، 2 فوارزير 78960 فرنسا

**Titulaire d'AMM au Maroc**/  
صاحب مفرد التسجيل في المغرب:  
**POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane,  
Rue Amyot d'Inville, B.P. 10877,  
Casablanca (MAROC)

N°de Lot:  
05 2019  
05 2022

0 5 9 9 6 7

# فوسيدين® ٥٢٥ ملجم فوسيد ات الصوديوم 10 أقراص مغلفة

Fucidine® 250 mg, comprimé pelliculé  
فوسيدين® 250 ملجم، قرص مختلف



**Titulaire**  
**Laboratoires LEO**  
2, rue René Caudron,  
78960 voisins le Bretonneux France  
صاحب مفرد التسجيل بالـ E.M.  
مختار ليور كوردوون، 2 شارع روني فوارز، 78960 فوارز، البرتو نور، فرنسا

**Titulaire d'AMM au Maroc/**  
**صاحب مفرد التسجيل في المغرب**  
**POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane,  
Rue Amyot d'invile, B.P. 10877,  
Casablanca (MAROC)

N°de Lot:  
05 2019  
05 2022

0 5 9 9 6 7

# فوسيدين® ٥٢٥ ملجم فوسيد ات الصوديوم ١٠ أقراص مغلفة

Fucidine® 250 mg, comprimé pelliculé  
فوسيدين® ٢٥٠ ملجم، قرص مختلف



**Titulaire**  
**Laboratoires LEO**  
2, rue René Caudron,  
78960 voisins le Bretonneux France  
صاحب مفرد التسجيل بالـ E.M.  
مختار ليور كوردوون، 2 شارع روني فوارز، 78960 فوارز العيون  
فرنسا

**Titulaire d'AMM au Maroc/**  
**صاحب مفرد التسجيل في المغرب**  
**POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane,  
Rue Amyot d'invile, B.P. 10877,  
Casablanca (MAROC)

N°de Lot:  
05 2019  
05 2022

0 5 9 9 6 7