

## 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 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 tous les 6 mois.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-720624

131724

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

338

Société :

RAM

☒ Adulte

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BOUAFI EL HASANE

Date de naissance :

09/07/69

Adresse :

LT HIND N°9 CAS

Tél. :

066150270

Total des frais engagés :

416,80

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 :

26/01/2022

Nom et prénom du malade :

BOUAFI RAYANE

Age :

14/04/2010

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Signature frippel

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 :

CASA

Le :

27/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

### 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 |
| 26/09/2012                     | CS                | 1                     | 250                             | INP : <input type="text"/>                                     |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
| PHARMACIE JARDINS POLY<br>Rajaa SEKKAT<br>Docteur en Pharmacie<br>Avenue Atlantide, N° 102 Bis Pole<br>Casablanca Tél. 05 22 52 74 00 | 26/09/2012 | 166,80                |

| 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 |
|                                  |                | 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 :<br>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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      |             |   | H |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |
|   | H  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | D  | G                    |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | B  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
| 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 لولو

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le

26/09/2022

BOUAFI RAYANE

Lot :  
EXP :  
PPV (DH):

LOT : 5117  
UT. AV : 11-23  
P.P.V : 34 DH 40

PPV: 10DH30  
PER: 06/25  
LOT: L2054

Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C 94,00 DH  
2 En cas d'exposition  
aux agents exogènes  
qui en sont  
responsables.

PHARMACIE JARDINS POLO  
Rajaa SEKKAT  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polc  
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

Dr. LAHLOU AHMED  
PEDIATRE  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél : 06 61 19 62 60

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 -