

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Unité
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

M23-013605

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12294 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERNISSI REDA

Date de naissance :

Adresse : Rmerrini @ RAN. Com.

Tél. : 0640800333 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMILIN
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/2023

Nom et prénom du malade : MERNISSI Otmane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Impétigo / Rhinite + pharyngite

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 : Le : 23/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/5/23			3000A	
29/5/23	molé		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
--	------	-----------------------

	29/5/23	495,90
	20/5/23	326,10

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

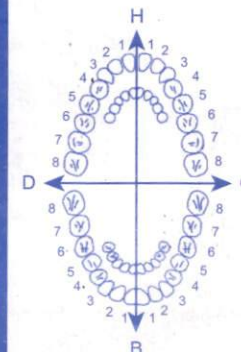
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

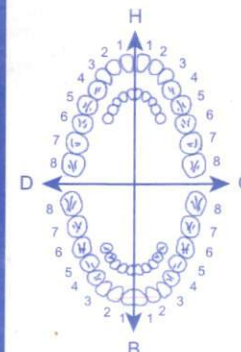
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 68DH00
PER: 12-25
LOT: L4214

LOT: 13J12
PER: FEB 25
PPV: 68DH00

39,90



LOT 211485
EXP 04/2024
Télé PPV 99.00DH

dr.zineb.lahlou@...

et de l'Enfant

Casablanca, le

29/5/23

etnare mervissi

99.- olides do 1 gélule $\times 1/j$

11.29 oliprane do

2 sachets

19.- Nurodol

136.- dox 28

Zamox Sos: 68.- $\times 2$

39.90 1 sachet
Eromec

20.- 1 sachet
Curtec

149.- 1 cām de soir (15j) - in
Budena

21.8 1 pulvén sat / naire (15j - moe)
Polydexa

99.5 2 goute oreille $\times 2/j$ (3j)

Lot N°: 066R039A
FAB: 11/2021
EXP: 11/2023

PPV: 149DH00

PPV: 68DH00
PER: 12-25
LOT: L4214

PPV 11DH20
PER 10/24
LOT L3511

(7jms).

(7jms)

24,80

Dr. Zineb LAHLOU BELLAÏ
PEDIATRE
Val Fleuri
Tél: 0522...

99,00

PPV 68DH40

LOT 140224
EXP 05/2024

LAMLIH

on



Téléphone : 05 22 25 15 32
SMS : 06 77 77 25 74
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Casablanca, le 20/15/23

Atmane MERNISSI

- Skarfler gel

79,00

Hiverner

2 cāc

x 3/10

54,00

Hiverner

sachet

1 sachet

x 3/10

68,00

Flox au dro

195,00

Flexotol 121

2 Bouffles

x 2/10

(mais)

396,40

PHARMACIE EL DRABNA
BOUCHRA LAMLI
Docteur en Pharmacie
Route Boukoura 109, Km 11
Drabna 30500 Casablanca

Echinacée - C
CONTRE LES

LOT 090839/FC5
09/2024 PPC 54,00

Sans Alcool

LOT 104677/FC4
PER 03/2025
PPC 79,00

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 125,00 DH
ID: 645959
6 118001 140329

Dr. Zineb LAHLOU BELLAH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 32