

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-004078

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 183619
Nom & Prénom : TAHRI MALIKA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LAHLOU LAHOU
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Reudani
Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02

Date de consultation : 31/10/2023
Nom et prénom du malade : M. TAHRI MALIKA Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION RHUMATISMALE
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 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

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
le 31/10/23	C5	C2	300,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	31/10/23	144,90

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Laila LAHLOU

Maladies des Articulations - Os - Muscles

Colonne Vertébrale

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE

MÉDECIN PODOLOGUE

Maladies des Pieds

Diplômée de l'Université de Médecine de Paris

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim Roudani

3ème Etage - Appt. 5 - Maârif - Casablanca

Tél. : Cabinet : 05 22.25.76.02 / 25.76.04 - Fax : 05.22.98.15.21

Sur rendez-vous



الدكتورة ليلي لاهلو

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصل والعمود الفقري

اختصاصية في أمراض الأرجل

خريجة كلية الطب بجامعة باريس

إقامة الروداني - 400، شارع إبراهيم الروداني

الطابق 3 الشقة 5، المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.25.76.02 / 25.76.04 - الفاكس : 05 22.98.15.21

بالموعد

Casablanca, le : 31/10/23. : الدار البيضاء، في

53.10.

1/Me TAHIRI. MALIKA.

Re UAXOL op N°1.

39.00. up/T le soir au coucher 17 jours.

7EFSA L 15 mg. N°1 Bte ob de.

52.80. 1 cp/T le midi après repas.

OEDES 20 mg. N°1. Bte ob de.

1 cp/T le matin à jeun.

= 144.90.

Dr. Laila LAHLOU
Rhumatologue - Podologue
400, Bd. Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04

LOT 211483
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

OEDOS[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

14 x 

	<input type="checkbox"/>	
DURÉE	<input type="checkbox"/>	
	MATIN	<input type="checkbox"/>
	MIDI	<input type="checkbox"/>
	SOIR	<input type="checkbox"/>

200/1
1


COOPER
PHARMA

2ملغ/500ملغ

رولاكسول®

باراسيتامول / ثيوكولشيكونزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20



P.P.V : 53DH10



LOT : 23E006

PER.: 02 2026



SURDOSAGE = DANGER

Ne pas prendre un autre médicament
contenant du paracétamol.

Dépasser la dose peut détruire le foie.
Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés
par prise minimum 4 heures d'intervalles. Ne
pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis
médical.

39,00

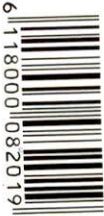
15 ملغ
عن طريق الفم



مفصال
ميتاكريستات

أقراص قابلة للكسر

10x



6 118000 082019

MEFSAL® 15 mg

10 comprimés sécables

MEFSAL®



15 mg
Voie orale

Comprimés sécables 10x

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدة ١١			
٥ صباح ٥ زوال ٥ مساء			

COOPER
PHARMA