

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-822450



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 00687 Société : Refracté			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAHLOU Said			
Date de naissance : 20/02/43			
Adresse : lot laïla lot 16 Av. SOUSSET Zolide FES (N.N)			
Tél. : 0668071434 Total des frais engagés : 648 DH, 10			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. LAHKIM MED BADR Chirurgien Orthopédiste Traumatologue Imme. 76 Appt N°6, Av. Hassan II Place LAFIAT - Fès			
Date de consultation : 11 OCT 2025 35 94 00 05 06 65 41 87-13			
Nom et prénom du malade : LAHLOU Said Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : genarthrose genarle			
En cas d'accident précisez les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at: médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 11/10/08

Signature de l'adhérent(e) : Lahlo



VOLET ADHERENT	N° W21-822450
Déclaration de maladie	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : 00687 Nom de l'adhérent(e) LAHLOU S. Total des frais engagés : 648 DH	

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
11 OCT 2013	Consultation Cr d'un autre 2 ikt de jam G	200 dh		INP : 141165704 Dr. LAHKIM MED Chirurgien Orthopédiste Traumatologue Tunis - 76 Appt N°6, AV. Hassan II Place LATIFI - les TEL: 05 35 94 00 65 06 66 41 87 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MOURCHID Dr. Yousser MOURCHID 2, N. TADHIA - Marjis C - FEB INPE. 142028638	11/10/23	24.81.10

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

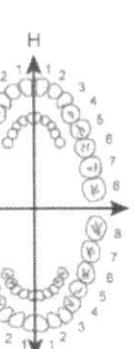
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 ----- 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr.LAHKIM MED BADR

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Expert Assermenté Auprès les tribunaux

- Chirurgie osseuse et articulaire
- Chirurgie de la main et Microchirurgie
- Chirurgie de la colonne vertébrale
- Chirurgie des rhumatismes
- Chirurgie Arthroscopique
- Traumatologie du sport

Fès, le 14/11/2023

فاس، في

ORDONNANCE

Mr LAHLOU SAID

ORDONNANCE

RACIPER 20 mg comprimé

82.10 1 cp / j le matin 1 boite

PPV:82 DH 10

RACIPER® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001380716

STORIXIA 90 mg comprimé

166.00 1 cp / j le soir boite de 14

STORIXIA® 90 mg
Comprimés pelliculés
Boîte de 14
AMM N° : 10432/2019/DMP/SOIB7



6 118000 024057

Dr. LAHKIM MED B

Chirurgien Orthopéd
Imm. 76 App. N°
Place LAFIAT
TEL: 05 35 94 00



GTIN: 16118001308713

Lot: PTE0542A

EXP: 12/2024

S.N.: FWX4TDVM3A2

① 05 35 94 00 05 - 06 66 41 87 13

عمارة 76 شقة 6 شارع الحسن الثاني ساحة لافياط فوق مقهى الخصبة قرب صيدلية الحرية - فاس
Imm.76, Appt N°6, Av. Hassan II place LAFIAT au dessus du café la fontaine
(A côté de la pharmacie Liberté)-FES