

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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.
- 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

W21-841549

196086

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8657

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MONT AQUAKIL ABDEQRRAHMAN

Date de naissance : 29.01.1971

Adresse : Lar EL Manar, Rue 1 NR82 Ain chok Casablanca

Télé : 0669080032 Total des frais engagés : 382,1 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 : 09.02.24

Nom et prénom du malade : MONT AQUAKIL YAKISS.

Age : 1006115

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Angio myopathie

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : Casablanca

Le : 09/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOT ET AVALENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
09/06/2029	CG	1	250	Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE NP 97088930 Mars Casablanca 52 62 63

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Représenteur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE MOUNNA KEDDOUSS</b> Mounna Keddouss El Jadida Chock - Casablanca 0522 21 72 41	<u>09/02/24</u>	<u>132,10</u>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

1

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OPF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

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 لحلو

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب اختصاصي سابقًا بالمستشفى الجامعي

اسٹر اسیور غ (فرنسا)

## الانعاش - الفحص باللمس

09/02/2024

## Casablanca, le

# MOUTAOUAKIL YANISS

الدار البيضاء ، في

57.90 x 2

Ecoclav 500 E (2 boites)  
1 sachet x 3 /j pendant 8j

Algantil (1 flacon)  
1 cas x 3 /j pendant 5j

Soufrane (1 boite)  
4 x 1/2 pendant 5j (nez)

132.10

**الطباطبى ٢٤٢٤**  
**PHARMACIE DES URGENCES**  
**Mouna RONDA**  
**Hay El Ousra - Ain Inara**  
**Ain Chock - Casablanca**  
**Tel : ٠٥٢٢ ٢١ ٧٢ ٤١**

06.61.19.62.60 - 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 06.61.19.62.60 - شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 903 903, 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

500 mg /  
62,5 mg

# ECOCLAV®

Amoxicilline/Acide clavulanique

Poudre pour suspension buvable

Boîte de 12 sachets

Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.  
Conserver dans un endroit sec en  
dessous de 25°C.  
Posologie et Mode d'emploi;  
consulter la notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.  
يحفظ في مكان جاف تحت 25 ° مئوية.  
للحجرة وطريقة الاستعمال  
[قرأ النشرة المرفقة].

				PENDANT
				MATIN
				MOI
				SOIR
				DURÉE
				REPAS

ECOCLAV® 500 mg/62,5 mg  
Amoxicilline/Acide clavulanique  
12 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242284

Lot N° :

23040

Exp :

04/26

PPV :

570H90

500 mg /  
62,5 mg

# ECOCLAV®

Amoxicilline/Acide clavulanique

Poudre pour suspension buvable

Boîte de 12 sachets

Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.  
Conserver dans un endroit sec en  
dessous de 25°C.  
Posologie et Mode d'emploi;  
consulter la notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.  
يحفظ في مكان جاف تحت 25 ° مئوية.  
للحجرة وطريقة الاستعمال  
[قرأ النشرة المرفقة].

				PENDANT
MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE	REPAS

ECOCLAV® 500 mg/62,5 mg  
Amoxicilline/Acide clavulanique  
12 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242284

Lot N° :

23040

Exp :

04/26

PPV :

570H90

سُوْفْرَان  
جَارِيٌّ



تِيُوفِينِيكِرْبُوكْسِيلَاتِ الصُّورِدِيُوم

SOUFRANE 2P.CENT  
Solution pour pulvérisation nasale



مُحْلُولٌ لِلرَّئِسِ

فِيِ الْأَنْفِ

قَنْيَةٌ مِنْ 20 مل

عَنْ طَرِيقِ الْأَنْفِ

6  
118000 180463

16,30