

# 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.

## 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 une fois par an.

## 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.

MUPRAS - Centre Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L3) Fax : 05 22 29 28 19 - www.mupras.com



## 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 : MOUADOUAKIL ABDEBRAHMAN

Date de naissance : 29.01.1971

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

Tél : 0669080032 Total des frais engagés : 382,1 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/24

Nom et prénom du malade : MOUADOUAKIL YASSER

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

Nature de la maladie : Angine pectorale

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :


En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

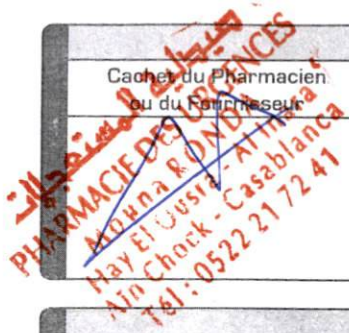
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 09 / 02 / 2024

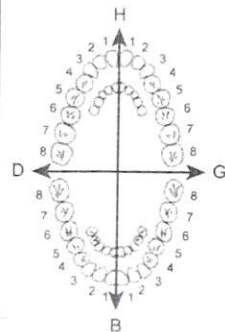
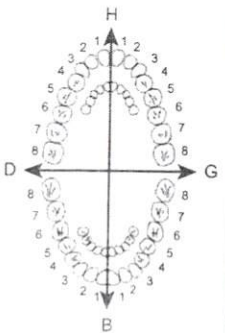
Signature de l'adhérent(e) :

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
08/02/24	Ce	1	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Remarqueur	Date	Montant de la Facture
	09/02/24	132,10

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.					
<b>Important :</b> 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	Montant des Honoraires	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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires	
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 لحو

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنتعاش - الفحص بالتلفاز

09/02/2024

Casablanca, le

الدار البيضاء ، في

MOUTAOUAKIL YANISS

57.90 x 2

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

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

Soufrane (1 boîte)  
4 x /j pendant 5j (nez)

صيدلية المستعجلات  
PHARMACIE DES URGENCES  
Mouna RONDA  
Hay El Ousra - Al Inara  
Ain Chock - Casablanca  
Tél : 0522 21 72 41

Dr. LAHLOU AHMED  
PEDIATRE  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 52 62 63

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

500 mg /  
62,5 mg

**ECOCCLAV<sup>®</sup>**

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 مرمى ومتناول الأطفال.  
يحفظ في مكان جاف تحت 25 مئوية.  
للجرعة وطريقة الاستعمال:  
اقرأ النشرة المرفقة.

				PENDANT
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DURÉE	 REPAS

ECOCCLAV<sup>®</sup> 500 mg/62,5 mg  
Amoxicilline/Acide clavulanique  
12 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242284

Lot N° :

23040

Exp :

04/26

PPV :

5701190

500 mg /  
62,5 mg

**ECOCCLAV<sup>®</sup>**

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 مرمى ومتناول الأطفال.  
يحفظ في مكان جاف تحت 25 مئوية.  
للجرعة وطريقة الاستعمال:  
اقرأ النشرة المرفقة.

				PENDANT
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DURÉE	 REPAS

ECOCCLAV<sup>®</sup> 500 mg/62,5 mg  
Amoxicilline/Acide clavulanique  
12 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242284

Lot N° :

23040

Exp :

04/26

PPV :

5701190

# سوفران

SOUFRANE 2P.CENT  
Solution pour pulvérisation nasale



تيوفينيكربوكسيلات الصوديوم



2 بالمانه

محلول للرش  
في الأنف  
قنينة من 20 مل  
عن طريق الأنف



16,30