

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 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



## Déclaration de Maladie

W21-840306

198580

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12547 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FOULANI Kabil

Date de naissance : 09/02/1985

Adresse : RES LES CHAMPS DU APPT B12 ENNASSIM  
CASABLANCA

Tél. : 06 61 16 69 37 Total des frais engagés : 921,6 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/03/24

Nom et prénom du malade : EL FOULANI Kabil Age : 39

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

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : 13 MAR 2024

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 : 07/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : A

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
07-03-24	Ce	1	250	<b>Dr. LAHLOU AHMED</b> <b>PEDIATRE</b> <b>INP : 91088930</b> <b>02 Mars Casablanca</b>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AL INARA</b> <b>Dr. ABDEL SOUALI NAIMA</b> <b>021 Bd 2 Mars Casablanca</b> <b>3522 21 40 321 551</b>	07-03-2024	671,60
		<b>92006139</b>

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> <div style="text-align: center;"> </div>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div>           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div>           00000000            11433553  <b>B</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"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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*

*Réanimation néonatale*

**الدكتور أحمد لحو**

اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

إنعاش الرضع

07/03/2024

**EL FOULANI YAKOUT**



Pharmacie AL...  
Mme LARAÏBI SOU...  
Docteur En Phar...  
921 923 Bd 2 Mars...  
Tél 0522 21 40 30

Doliprane 100 (1 boîte)

1/2 suppo x 4 /j si fièvre

Hexaxim (1 dose)

Rotarix (1 dose)

Suspension injectable en seringue préremplie  
Suspe  
Vaccin  
polio  
Dipht  
(inacti  
Vacun  
recom  
adsorb

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Aïn Sebaâ Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2  
AG SP  
P.P.V: 411,00 DH

1 seringue préremplie (0,5 ml) avec  
1 pre-filled syringe (0.5 ml) with 2 ne  
1 jeringa prellenada (0.5 ml)

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 252,00 DH

ID: 65105  
6 118001 142361

Vaccin contre le ro  
stavirus  
Usage pédiatrique/  
rale/ Via oral  
Ne pas injecter

903 Avenue 2 Mars . 1<sup>er</sup> étage Casablanca. Tel : 0522526263/ 0522527083. GSM :0661196260  
0661196260 / 0522527083 / 0555526263 الهاتف . الدار البيضاء . الطابق الأول . مارس 2 شارع 903

INP 91088930

**Docteur Ahmed LAHLOU**

*Pédiatre*

*Réanimation néonatale*

**الدكتور أحمد لحو**

اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

إنعاش الرضع

07/03/2024

**EL FOULANI YAKOUT**

Honoraires CS: 250 Dh

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

903 Avenue 2 Mars . 1<sup>er</sup> étage Casablanca. Tel : 0522526263/ 0522527083. GSM :0661196260  
0661196260 / 0522527083 / 0555526263 الهاتف . الدار البيضاء. الطابق الأول. شارع 2 مارس . 903

**INP 91088930**