

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12917 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BRINJI Nchamed Amine

Date de naissance :

22/08/1981

Adresse :

Rcs Essadik Im A Appt8 California CA891

Tél. :

0676892792

Total des frais engagés :

840,00

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 :

04/09/19

Nom et prénom du malade :

B.RINJI Nchamed

Age :

2018 MIF

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

30 SEP 2019

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) :



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
04/09/19	CG	~	250	INP : [REDACTED] Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE INP : 91088930 AV. 2 Mars Casablanca 03 AV. 2 Mars 20263

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Al Idrissi Naima</i>	04/09/19	500.00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
CCEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]				
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]				
DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]				
FIN D'EXECUTION [REDACTED]				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]				
MONTANTS DES SOINS [REDACTED]				
DATE DU DEVIS [REDACTED]				
DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]				
ODF PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
H		25533412	21433552	
		00000000	00000000	
D		00000000	00000000	G
		35533411	11433553	
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				
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

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le في
04/09/2019

BRIUNI LILYA

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 200.00 DH
ID : 622404
Barcode: 6 118001 140619

390.00

Varivax (1 dose)
200.00

Havrix (1 boite)

590.00

بriuni lilyا
Pharmacie AL INARA
Mont LAFFIT 13010 AL Naima
Doctor En Pharmacie
921-923 Avenue 2 Mars Casablanca
Tél: 0522 21 49 42 / 34

VARIYAX® vaccin
Suspension injectable
Bouteille d'un flacon Unidose de 0,5 ml
PPV: 190.00 DH
AMM: 180/14 DMR/21/1/NP
Obtenu par MSD Maroc

Barcode: 6 118001 160686

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

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

903, avenue 2 Mars, 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60