

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

ND : 39103

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6874	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUIRHIZ AL AHMED			
Date de naissance :	06/09/65		
Adresse :	33 lot 81 RAM RES 5 APP 7 Calf'mic		
Tél. :	0673712738	Total des frais engagés :	454,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	03/06/2020
Nom et prénom du malade :	OUIRHIZ AL AHMED
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Frère(s) <input type="checkbox"/> Soeur(s) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie chronique
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.	

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

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/06/20

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
07/02/2020	CB 7	950		INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur Date Montant de la Facture

~~Dr. LahLou Ahmed~~
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Les Jardins de California 21
Bd. de Fès 1000 Casablanca
Tél: 05 22 21 10 00
903, AV. 2 Mars Casablanca
Tél: 05 22 52 62 63

20h. 60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

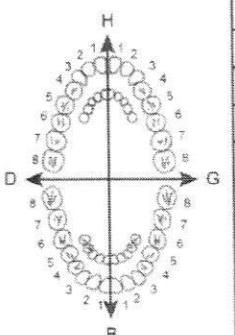
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

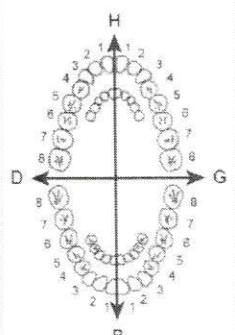
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

MARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHLOU et AB LAHLOU
Rés «Les Jardins de California 2^e
Rd. de Fes Imm. 1 California
Casab Tel: 05 22 21 08 94



الدكتور أحمد لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استرسورغ (فرنسا)

الانعاش - الفحص بالتلفار

03/02/2020

OURHZAL MARWA

28.1.

Vogalene (1 flacon)

1 cac x 4 /j avant repas si vomissement

28.9. x 2 Amoxil 250 (2 flacons)

1 cac et demi x 3 /j pendant 7j

22.10 Muxol (1 flacon)

1 cac matin et après midi pendant 5j

22.8. Brufen (1 flacon)

1 cac et demi x 3 /j pendant 5j

12.8. Doliprane 300 (1 boite)

1 suppo x 4 /j si fièvre

16.8. Soufrane (1 boite)

4 x /j pendant 5j (nez)

40.0. Néofortan 40 (1 boite)

1 cp x 2 /j si coliques

) / 3

204,60

06.61.19.62.60 - مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - السجحول : 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

- INP 91088930 -

الإذن المخالفي

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,90

PPV: 28,90 DH
LOT: 614326
PER: 06/2022

ات الموصوفة

PPV: 28,90 DH
LOT: 614326
PER: 06/2022

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

27,10

PPV(DH) :

Lot N°:

UT. AV.:

PPV 12DHB0
INP 05/22
AV. 1397
L01 11397

PPV 12DHB0
INP 05/22
AV. 1397
L01 11397

16,80

PPV 400DH
EXP 08/2022
LOT 940703