

## 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

- 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

N° W19-545119

37983

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12683		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ASSYAD Radid			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0662 76 02 52		Total des frais engagés : 614,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<p>Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE INP : 91088930 903, AV.2 Mars Casablanca Tél: 05 32 52 62 63</p>	
Date de consultation : 17/08/2020	
Nom et prénom du malade : ASYAD ABD	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Vae	
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 et 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  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/07/2020



## 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
17/04/20 8		7	250	INP : <span style="color: blue;">DR. LAHLOU AHMED</span> <span style="color: red;">PEDIATRE</span> INP: 01088930 903, Av. 2 Mars Casablanca 0522526263

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Passeur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Mousalli Naim Le Labban 2 Mars - Casablanca 321/54	17/06/20	364.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 بالتلغاز

Casablanca, le ..... 17/06/2020 ..... الدار البيضاء، في

ASSYAD AMIR

364.00

Varivax ( 1 dose )

مدين لـ 25/07/2012  
Pharmacie AL INARA  
Mme LADJIB SOUJI Naima  
Doktor's Pharmacy  
921.923.84.2 Mars - Casa  
tel: 0522 21 48 32 / 54



**VARIVAX®**

(Virus de la varicelle vivant atténué [souche Oka/Merck])  
Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon  
unidose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس

فريوس داء الحصبة هي موطن ملائكة لوكا / ميرك  
فريورونات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح وفقاً لورقة الدواء وخذل من ملطف لإعطاء اللقاح

VARIVAX®  
poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unidose (0,5 ml après reconstitution) Boîte unitaire

P.P.V. 364.00 DH

N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF  
Distribué par MSD Maroc

6 118001 160686

Lot S018873  
EXP 20-06-2021

Dr. LAHLOU AHMED  
INP : 91088930  
903 Av.2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 52 62 68

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

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 -