

## 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 à caractère personnel.

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-474936

ND 32 335

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 12683 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : ASSYAD Rachid

Date de naissance : Adresse :

Tél. : 0662760252 Total des frais engagés : 1268,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHLOU AHMED  
PEDIATRE  
NIP : 91088930  
Av. 2 Mars Casablanca  
Tel : 05 22 52 62 63

Date de consultation : 04/01/2020 Nom et prénom du malade : A. Ssyad ATUR

Age : 27mois

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ihsna MUPRAS

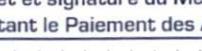
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : 11/01/2020

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  |
| 04/11/20                       | G                 | 7                     | 950                             | INP : <input type="text"/>  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <i>ARMACH ATTEN<br/>* Soufiane imm<br/>Maarouf Casablanca<br/>0522 584 77</i> | 04.01.2020 | 38.80                 |

| ANALYSES - RADIographies   |            |                              |                        |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <i>Radio Diagnostic<br/>Sidi Maarouf<br/>103 Résidence Soufiane<br/>Casablanca<br/>Air Clock</i> | 06.01.2016 | B660                         | 780.00 DH              |
|  | 16.01.2016 | 272                          | 2000 DH                |

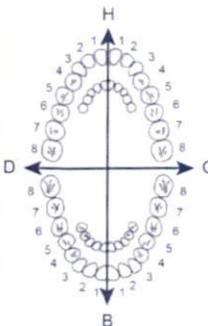
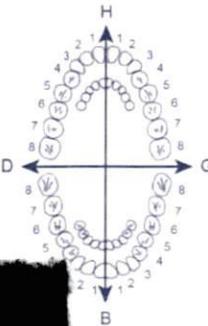
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | 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.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins                                | Coefficient | INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 10px; vertical-align: middle;"></span> |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|---|--|---|-------------|---|---|---------------------|---------------------|--|---|---------------------|---------------------|--|---|---|--|
|    | CŒFFICIENT DES TRAVAUX   |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   | MONTANTS DES SOINS   |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   | DÉBUT D'EXÉCUTION  |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   | FIN D'EXÉCUTION  |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   |  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX                          |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   |  | MONTANTS DES SOINS                              |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   |  | DATE DU DEVIS                                   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   |  | DATE DE L'EXÉCUTION                             |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   |  | <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>                  |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
|   |  | <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
| <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table> |  |   |             |   | H | 25533412   21433552 | 00000000   00000000 |  | D | 00000000   00000000 | 35533411   11433553 |  | B | G |  |
| H   |  | 25533412   21433552                             |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
| 00000000   00000000   |  |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
| D   |  | 00000000   00000000                             |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
| 35533411   11433553   |  |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
| B   | G  |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  |   |             |   |   |                     |                     |  |   |                     |                     |  |   |   |  |

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# 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

استرالسيورغ (فرنسا)

الإنتعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le ..... 04/01/2020 ..... الدار البيضاء ، في

ASSYAD AMIR

22.50

No-dolfen (1 flacon)  
dose 12 kg x 3/j pendant 5j



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

16.30

38.80

PHARMACIE ATTENNAIA S.A.S AU  
Lot. Soufrane Imm B2 N°1  
Sidi Maazouf Casablanca  
Tel 0522 584 777

16.30



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



06.61.19.62.60 : 05.22.52.02.63 / 05.22.52.70.83 - التسجيل : 903 ، شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 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 - INP : 91088930

- INP 91088930 -

Docteur Ahmed LAHLOU

## Pédiatre

### Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

## Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لحلو

الاختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب اختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استر اسپیور غ (فرنسا)

## لأنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 04/01/2020 الدار البيضاء ، في

ASSYAD AMIR

## NFS + reticulocytes

## Ferritin

CRP

### IgE totales

**Laboratoire d'Analyse Médicales**  
**MJHARLAB**  
Centre Commercial Soufiane Lot Chaima  
Sidi Maerouf - Casablanca  
Tel: 05 22 58 35 56 - Fax: 05 22 63 18 65

Negro, recherche d'hélicobacter

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 : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 06.61.19.62.60



الفحص بالأشعة سidi معروف  
RADIODIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 06/01/2020

**FACTURE N° : 01675/2020**

Nom & Prénom : ASSYAD AMIR  
Date d'examen : 06/01/2020

| <i>Examens</i>       | <i>Honoraires</i> |
|----------------------|-------------------|
| RX DU THORAX DE FACE | <b>200 DH</b>     |
| <b>NET A PAYER</b>   | <b>200 DH</b>     |

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**DEUX CENTS DH**

Radio Diagnostic  
Sidi Maárouf  
109, Résidence Soufiane Sidi Maárouf  
Ain Chock - Casablanca  
Tél : 0522 32 17 65

109. شارع شفيعه لويسما سفيان - سidi معروف - عين الشق - الدار البيضاء  
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Ain Chock - Casablanca  
Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidimaarouf@gmail.com  
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431  
CNSS : 1276798 - [www.radiologiesidimaarouf.ma](http://www.radiologiesidimaarouf.ma)

# Docteur Ahmed LAHLOU

## Pédiatre

Ancien Chef de Clinique  
du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)  
Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale  
Echographie Pédiatrique



# الدكتور أحمد لحلو

أخصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إخصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le ..... 04/01/2020 ..... الدار البيضاء ، في

ASSYAD AMIR

Rx du Thorax Face (toux)



Dr. LAHLOU AHMED

PEDIATRE

INP 91088930  
903 Avenue 2 Mars Casablanca  
Tél. 0522526262

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

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MIJHARLAB

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI,  
Sidi Maarouf, Casablanca

Tél : 0522583556 – Fax : 0522581805

IF: 15252767 – TP: 36167325 – CNSS: 43023445 – ICE: 000114256000076 – INPE: 093061760

## FACTURE N° : 200000172

Casablanca le 10-01-2020

**BBM Amir ASSYAD**

Demande N° 2001102044

Date de l'examen : 10-01-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse            | Val  | Clefs |
|------|--------------------|------|-------|
| 0154 | Ferritine          | B250 | B     |
| 0216 | Numération formule | B80  | B     |
| 0222 | Réticulocytes      | B30  | B     |
| 0354 | IgE totales        | B200 | B     |
| 0370 | CRP                | B100 | B     |

Total des B : 660

TOTAL DOSSIER : 780.00 DH

Type de règlement :

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingts dirham s

Laboratoire d'Analyse Médicales  
MIJHARLAB  
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 05 22 58 35 56 - Fax: 05 22 58 18 05