

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W19-452340

55804

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
10648

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BACHIRI Hocine**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661412690**

Total des frais engagés : **Dhs 1000**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. LAHLOU AHMED
INP : 91088930
903 Av.2 Mars Casablanca
Tel : 05 22 52 67 63**

Date de consultation : **25/11/2011**

Nom et prénom du malade : **SAAMAoui AKRAB** Age : **58 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **vein**

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 : **casab**

Signature de l'adhérent(e) : **sal**

MUPRAS

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
20/11/20 G		7	G	INP : <input type="text"/> Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE +91088930 Casablanca

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARS 943, Avenue de Mars, Brossard Tél: 0322-21-62-22	25/11/20	270,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	H <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> D <input type="text"/> G <table border="0"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> B				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لحاظ

الخصائص في أمراض الأطفال والرضع

طبيب اختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استئصال (في نسخة)

الانعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 25/11/2020 الدار البيضاء، في

SAADAQUI AKI

omiz 20mg
1 gelule 1x/j pendant 15j

brufen (1 flacon)
1 cas x 3 /j pendant 5j

Fucidine pommade (1 tube)
1 application x 2 /j pendant 7j

vaxigrip (1 dose)

2101
PHARMACIE LA TULIPE
843, Avenue 2 Mars Haddaouia 3
Tel: 0522 21 62 22



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