

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° W21-633060

135722

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : 172224 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MERNISSI REDA

Date de naissance : 01-01-1980

Adresse : mernissi@ram.com

Tél. : 0640800333 Total des frais engagés : 250 FB6 = 3,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin **Dr. Zineb LAHLOU BELL**

PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 09 / 22

Nom et prénom du malade : MERNISSI AMAR

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite infectieuse / Diarrhée

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 : 13-09-22 Le : 13/09/22

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVÉ 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
13/09/22	ca	1	21000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dr. Zineb LAHLOU BELLAÏCH Val Fleuri Casablanca Tél: 0522 25 15 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL DRABNA BOUCHRA EL DRABNA Docteur en Pharmacie Rue Souk el Hadou Casablanca Drabna Culao Hadou Casablanca Tél : 05 22 25 15 32	13/09/22	736,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

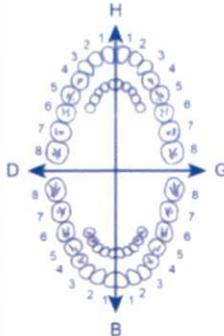
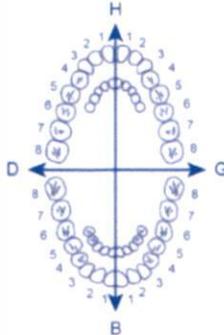
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	35533411	11433553		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D	00000000																
	35533411	11433553																
		B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zineb LAHLOU BELLAMLIH

Spécialiste
des maladies du Nourrisson
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32
SMS : 06 77 77 25 74
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Casablanca, le

13/9/22

Ouar MORMISSI

BEX SERO

2 doses

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

Docteur Zineb LAHLOU BELLAMLIH

**Spécialiste
des maladies du Nourrisson
et de l'Enfance**



GlaxoSmithKline
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

dr.zineb.lahlou@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH

6 118001 141869

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 200 mg 20 cp
P.P.V: 48,70

6 118000 060536

Casablanca, le 13/9/22

7002499 / 00-1
AMM 282 DMP/1180

6 118001 160389

SINGULAIR 4 mg
Granulés Boîte de 28 sachets
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC
P.P.V: 297,00 DH

48.70

Quar Mévison

- Solupred 200

2 cp x 1/j le matin (5j)

- Butovent ou Ventoline

2 Bouffées x 3/j (3)

puis

LOT : 5871
UT. AV : 01-27
P.P.V : 30 DH 80

175.00 puis

- Serétide 120 x 2/j (3)

2 Bouffées x 2/j (15)

20.00
- Curtee

297.00 1 Com le soir (15)

120.00
- Enterofermina x 2/j (2 Boites)

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0527 75 25 32

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Enterofermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V: 60,00 DH

6 118001 081653

PHARMACIE EL DRABNA
BOUCHRA LASLAMI
Docteur en Pharmacie
Route Bouskoura 109, Km 11
Dhahna Ciudad haddou Casablanca
Tél: 05 27 52 52 52

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Enterofermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V: 60,00 DH

6 118001 081653