

## 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.

N° W21-634132

150407

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : <b>12365</b>	Nom & Prénom : <b>GHANTI IMAD</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <b>13/07/1983</b>		Adresse : <b>Lot Nassim résidence les chênes 1 Imm 'P'</b>	
Tél. : <b>0662 1666 24</b>		Total des frais engagés : <b>499,80</b> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
	Date de consultation : <b>02/12/2022</b>
	Nom et prénom du malade : <b>GHANTI KENZA</b>
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : <b>Pharyngite</b>
	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 : **Casablanca** Signature de l'adhérent(e) : **1.**



### 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
28/12/2022	C.S	25	25000	INP : 01501792860 Dr. Imane AAIYE PEDIATRE Abdelmalek Bassaoui, Casablanca 06 32 58 48 55

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Imane AAIYE PEDIATRE Abdelmalek Bassaoui, Casablanca 06 32 58 48 55	28/12/2022	325,10 Dhs 01 NASSIM CASUALNICA Quitter NASSIM NASSIM GOURMET NASSIM

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			325,10 Dhs

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
Coefficient DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane LAHLOU  
PEDIATRE

Maladies du Nourrisson et de l'Enfant  
Allergie - Asthme  
Nutrition



Age : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

63.00 x 2

W.W.W. DR.2000.MA  
TELEFAX: 0522 58 48 55  
MA 20190 CASABLANCA  
326, LOT NASSIM, QUARTIER NASSIM  
PHARMACIE H2O

Casablanca, le

02 DEC 2000

الدكتورة إيمان لحلو

طبيبة الأطفال

إخلاصية في أمراض الطفل والرضيع  
الحساسية والضيقية

التغدية

Grande Keza

Farctus sup en 1/2 LB

Δ ab de 20 x 3 / 0.45

Ph. 40 + 1 Δ ab de 20 x 3 / 0.45

21.50 Δ ab de 20 x 3 / 0.45

en altern avec Deltapac

Amfex sup Δ ab de 21 x 3 / 0.45

240 - 108 = 132

40, Bd. Abdelmalek Essaâdi, Casablanca  
Dr. Imane LAHLOU  
PEDIATRE

40. شارع عبد المالك السعدي، 6 GH رقم 2 الطابق السفلي (أمام حديقة العمالة) سيدى معروف - الدار البيضاء

40, Boulevard Abdelmalek Essaâdi, GH 6, N° 2 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 0522 58 48 55 / 07 62 62 06 04 - المستعجلات : 0661 44 64 68 - Urgence : Email : imanlahlou05@yahoo.fr

LOT 922604  
EXP 07/24  
PPV 63.000H

63,00



63,00



PPV 12DH80  
PER 04/23  
LOT J1215

6 111261 640066

Lot : UT488  
A consommer de  
préférence avant le : 09/2024  
PPC : 79,50 DH

PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV :

**BRUFEN®**

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension  
pédiatrique**

22,00