

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.

N° W21-697035

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2296	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> N/A
Nom & Prénom : LAHLOU ZACHID			
Date de naissance : 01/01/56			
Adresse : 201 LA COUINE 110 CALIFORNIE CASA			
Tél. : 0661159849	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Ahmed SEFIANI PEDIATRE 89, Avenue Stendhal 2ème Etage Appt. 6 Quartier Val Fleuri - Casablanca Tél.: 0522 23 88 31 - Gsm: 06 61 17 25 18			
Date de consultation : 24/06/93			
Nom et prénom du malade : LAHLOU Iman Age: 42			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Aujours de ref.			
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 : CASA Le : 04/09/2023

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



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
14/06/23	Cy		300,00	INP : <i>Dr Ahmed S. PEDIATRE</i> Dr Ahmed S. PEDIATRE 45 Avenue Stendhal 2ème Etage App. 5 Tel: 05 61 17 25 18 Gsm: 05 61 17 25 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <small>Route 1029 Cité Sainte-Clotilde</small> <small>ARIJ SARL AU</small> <small>962 311421</small> <small>962 311420</small> <small>Montant: 253,00</small>	19/06/23	253,00 + 42,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

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"/>												
	Determination du coefficient masticatoire				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H		D	G	B		25533412 00000000	21433552 00000000	35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	D	G														
	B															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
35533411		11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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 Ahmed SEFIANI

PEDIATRE

Néonatalogie Nourrissons-Enfants



Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

الدكتور أحمد السفياني

إختصاصي في أمراض
الرضيع والطفل

خريج كلية الطب ببوردو

89، شارع سندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 قل قلوري

الدار البيضاء

الهاتف : 0661 172 518 - 0522 238 831

89, Avenue Stendhal 2^{ème} Étage

Appt. 6 Quartier Val fleuri

Casablanca

Tél.: 0522 238 831 - Gsm : 0661 172 518

Casablanca, le :

24/06/23

الدار البيضاء، في :

Enfant LAHLOU Ranea 8 ans

~~PHARMACIE ARAJ
SARL ARI
Route 1029 Ouled Said N°5, Casablanca
RC N°: 361421
Tél: 0522 21 90.07~~

119.30x2
Drohle 100ml S.V
1 lot 25x2
Wif
S.V 10 jours

~~PHARMACIE ARAJ
SARL ARI
Route 1029 Ouled Said N°5, Casablanca
RC N°: 361421
Tél: 0522 21 90.07~~

42.00
Doliphen 100ml S.V
1 lot 10x1
Wif

42.00
2 Fendil 100ml S.V
1 lot 10x1
Wif

1.25
1 et 1/2
Dr. Ahmed SEFIANI
PEDIATRE
89, Avenue Stendhal 2^{ème} Etage App. 6
Quartier Val Fleuri - Casablanca
Tél.: 0522 23 88 31 - Gsm: 0661 17 25 18

14.40

Doliprane®

Paracetamol

500 mg

12 Sachets

6 118000 040320



PPV 14D440

PER 01/26

LOT M373

14,40

20 comprimés effervescents sécables

6 118000 081753



LC

U1

PPV (DH) :

40,00

CLB07286
12 2022
11 2024

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

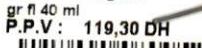
Ain sebaâ Casablanca

Orokeen 100mg/5ml

gr fl 40 ml

P.P.V : 119,30 DH

6 118001 080052



CLB05552

09 2022

08 2024

PPV : 119,30

Orokeen 100mg/5ml 40ml

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Orokeen 100mg/5ml

gr fl 40 ml

P.P.V : 119,30 DH

6 118001 080052

