

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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° W21-697037

179013

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2296

Société : ZAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU

RACHID

Date de naissance : 01/01/56

Adresse : LOT LA COLLINE 2 AV 10 CALIFORNIE

Tél. : 0661159849

Total des frais engagés : 11401,10 DHS

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 : 08/11/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

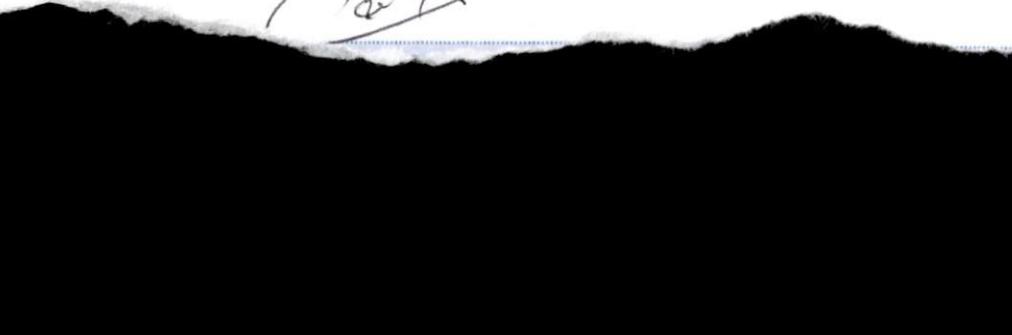
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un sceau 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 :

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
10/01/2013	10/01/2013	300.00		Dr. Ahmed SEFIANI PEDIATRE 29 Avenue Sidi Khalil 2ème Etage App. 6 Casablanca Val Fleuri Tel: 05 22 21 90 07 - 06 61 17 25 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARI SARL AU Route 1029 Ouled Said - Casablanca Tel 05 22 21 90 07 - Casablanca RC : 361421	03/01/2013	100.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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'O.D.F

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

89, Avenue Stendhal 2^{ème} Étage

Appt. 6 Quartier Val fleuri

Casablanca

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

Casablanca, le :

08/10/23

الدكتور أحمد السفياني

إختصاصي في أمراض

الرضيع والطفل

خريج كلية الطب ببوردو

شارع ستندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 قال فلوري

الدار البيضاء

الهاتف : 0661 172 518 - 0522 238 831

الدار البيضاء، في :

Enfant LAHLOU Smaïl

[Lah / Smaïl]

19.70

γ Apaiser feu 1's

↓ feu x 3 104 pour

γ Dilipake 500M 50ml
↓ solution x 2 j

67.

3x 1's

Dr. Ahmed SEFIANI

PEDIATRE

89, Avenue Stendhal 2^{ème} Etage Appt. 6
Quartier Val Fleuri Casablanca

Tel: 0522 238 831-Gsm: 0661 172 518

γ Per x 2 j

Lot :
مجموعه

Fab :
صنع

EXP. : صالح لغاية:
04/25

6837 04/22 04/25
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

ULTRA-LEVUZE 250 mg.
20 sachets



6 118001 310135

PPV 19DH70
PER 07/26
M707

APAZIDE® 200 mg
Nifuroxazide
16 gelules



6 118000 040064

14,40

PPV 14DH40
PER 02/26
LOT M707