

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-808403

189358

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OURAZAL AHMED

Date de naissance : 06/09/65

Adresse : 33 Lot SUTAM Rue 8 APPT 7 CALIFORNIA CASABLANCA

Tél. : 0673712738 Total des frais engagés : 289 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/01/2024

Nom et prénom du malade : OURAZAL AHMED

Age : 057/14

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bimale

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

Le : 04/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/01/23	G	7	200	Dr. LAHLOU PEDIATRE INP : 91088960 903, Av. 2 Mars Casablanca Tél : 05 22 52 62 63

attestant également des Actes  
**Dr. LAHLER**  
**PEDIATRE**  
 INP: 91088930  
 903, Av. 2 Mars Casablanca  
 Tél. 05 22 52 62 63

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE SOULAIMA</b>  <b>YOUSRA LAHBABI LAHLOU</b>            Rés. «Les Jardins de Calimorie 2»            Bd. de Fes Imm. 1 Calimorie            Tél: 05.22.21.98.94</p>	<p><b>PHARMACIE SOULAIMA</b>  <b>YOUSRA LAHBABI LAHLOU</b>            Rés. «Les Jardins de Calimorie 2»            Bd. de Fes Imm. 1 Calimorie            Casa. Tél: 05.22.21.98.94</p>

**PHARMACIE SOULAIMA**  
YOUSRA LAHBABI LAHOU  
Rés. «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Inn. 1 Californie  
Casa. Tél. 05.22.21.98.94

[illegible][illegible]

# 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 canaux, 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																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412			21433552		00000000			00000000		D			B		00000000			00000000		35533411			11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																														
	25533412			21433552																														
	00000000			00000000																														
	D			B																														
	00000000			00000000																														
	35533411			11433553																														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>																															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 d  
Soins

Coefficient

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

II

255334

000000

□

000000

12 2143

00	0000
----	------



0000

100

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Ahmed LAHLOU**

**Pédiatre**

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



**الدكتور أحمد لحلو**

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le 24/11/23 في الدار البيضاء ،

Gurhiz of Fenna

15.00

Felmex e f

1 scubex 2/5 x 75

PHARMED

LOT : 4056  
UT.AV: 05-26  
PPV:19DH00

**PHARMACIE SOULAIMA**  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rés «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Imm.1 Californie  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

**Dr. LAHLOU AHMED**  
**PEDIATRE**

INP : 91088930

903, Avenue 2 Mars Casablanca  
Tél: 05.22.52.62.63

903, شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.70.83 / 05.22.52.62.63 - المسموع : 06.61.19.62.60  
903, Avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage Casablanca - Tél.: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

INP 91088930