

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-808411

18935X



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 6874	Société : RIA M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : DR BOURAZAL AHMED		
Date de naissance : 26/09/65		
Adresse : 23 Rue SIDI A M Rue S APP 7 CALIFORNIA Casab		
Tél. : 0673712738	Total des frais engagés : 150,00 DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 21/12/2012		
Nom et prénom du malade : DR BOURAZAL AHMED Age : 50 ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Copjoint
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 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 : CMN

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/01/14



## 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
21/12/23 05	?	200		INP : <input type="text"/> Dr. LAHLOU AHMED PEDIATRE N° : 91088930 Casablanca 0218 56263

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant
<b>PHARMACIE SOULAIMA</b> YOUSRA LAHBAB LALLOU Rés «Les Jardins de California 2 <sup>e</sup> Bd. de Fes Imm. 1 California Rés Tel: 05.22.21.98.94 Bd. de Fes Imm. 1 California Rés Tel: 05.22.21.98.94	21/12/23	<b>PHARMACIE SOULAIMA</b> YOUSRA LAHBAB LALLOU Rés «Les Jardins de California 2 <sup>e</sup> Bd. de Fes Imm. 1 California Rés Tel: 05.22.21.98.94 Casa. Tel: 750.90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

**VOLET ADHÉSIF**

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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"/>											
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>											

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

اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب اختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استر اسيورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفار

21/12/2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء ، في

OURHZAL MARWA

NEOMOX®  
amoxicilline 500 mg / 5 ml Flacon de 100 ml  
Poudre pour suspension pivoable

P.P.V. : 55,70 DH

6 118000 190738

Néomox 500 (1 flacon 100ml)  
1 cac x 3 /j pendant 7j

55,70

PPV 18DH60  
PER 07126  
LOT L2455

Bronchathiol E (1 flacon)  
1 cac matin et après midi pendant 5j

18,60

Orapred 20 mg (1 boite)  
2 cp /j pendant 3j

60,00

60,00

Doliprane 500 (1 boite)  
1 sachet x 4 /j si fièvre

14,40

PPV 14DH40  
PER 17125  
LOT 13807

Saflu 125 spray  
2 bouffées x 2 /j pendant 4 mois

140,00

LOT: GB21163  
PER: 05/2024  
PPV: 140 DH 00

Ventoline spray (1 boite)  
3 bouffées x 4 à 6 /j pendant 7j en cas de crise

42,00

LOT: GB21162  
PER: 05/2024  
PPV: 140 DH 00

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

Dr. LAHLOU  
PHARMACIE  
INP: 9108893  
Rés «Les Jardins de Fes Imm.  
Bd. de Fes Imm. 1 California  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

LOT: GB31087  
PER: 05/2025  
PPV: 140 DH 00

LOT: GB31087  
PER: 05/2025  
PPV: 140 DH 00

الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 06.61.19.62.60  
903, Avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage Casablanca - Tél.: 05.22.52.63 / 05.22.52.7

INP 9108893

PPV: 42,20 DH  
LOT: V38T  
ID: 652636  
PER: 03/2025  
Lot EXP  
PPV