

## 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° W19-504939

CA 1620F Optique Autres

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 12683 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : ASSYAD Rachid

Date de naissance : 28/12/1986

Adresse :

Tél. : 0662760252 Total des frais engagés : 474,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. LAHOU AHMED  
PEDIATRE  
INP : 91088930  
903, Av.2 Mars Casablanca  
Tel: 05 22 52 62 63

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2019

Nom et prénom du malade : ASSYAD ADL

Age : 27/06/18

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vae

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.

10 JAN. 2020

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) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° W19-504939

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 12683  
Nom de l'adhérent(e) : ASSYAD  
Total des frais engagés : 474,00  
Date de dépôt :

## 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
16/06/2019	CG	1	250	INP DR. LAHLOU AHMED PEDIATRE 91088930 Casablanca 6263

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	N° Date	Montant de la Facture
147, Lot. COMMUNAIS Sidi Maârouf - CASABLANCA Tél: 05 22 97 52 93	16/10 2019	22 610

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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 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"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				Montants des soins <input type="text"/>										
				Date du devis <input type="text"/>										
				Date de l'exécution <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 والرضع

طبيب إختصاصي سابق بالمستشفي الجامعي

استرالسيورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le ..... 16/10/2019 ..... الدار البيضاء ، في

## ASSYAD AMIR

Lot : 03/2022  
P.P.V : 22DH50  
Barcode : 6 118000 061892



Lot. 3426  
Per. : 03 2022  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

Sterogyl® 15 "H"  
600 000 UI/1,5 ml  
Ergocalciférol  
(vitamine D2)  
1 ampoule de 1,5 ml

LOT : 181415  
EXP : 09/2023  
PPU : 13,00 DH

Dr. LAHLOU AMIR  
PEDIATRE  
INP : 36108893  
903 AV 2 Mars Casablanca  
Tél : 0522 52 52 52

## M-M-R® II

Vaccin à virus vivant  
Rougeoleux, des oreillons et rubéoleux  
للحصبة والزهري والسل وال Grippe  
من ثلاثة فيروسات حية موهنة

Lot : 5001137

EXP : 14-01-2021

06.61.19.62.60 : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 : الدار البيضاء - الهاتف : المحمول

903, avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. :

- INP 9 Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Distribué par MSD Maroc, br 150 boudkoura  
PPV : 168.10 DH

تصدير فقط بوجود وصفة طبية - فئة 1