

## 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 :

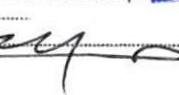
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		16450	
Matricule : 7863		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : MOUGIF AMIR HASSAN			
Date de naissance : 03/04/67			
Adresse : 86 LOT FLORIDA SIDI MAAREF CASA			
Tél. : 0666828852		Total des frais engagés : 463.77 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
N° 2 SIDI Mousaoui Gh 6 40, Project AI Mousaoui Gh 6 Dr. Imane LAHLOU 31 DEC 2019	
Cachet du médecin :	Date de consultation :
Nom et prénom du malade : MOUHAMMAD OMAR Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : BMD	
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 :	Le :
Signature de l'adhérent(e) : 	
ACCUEILLI	



## **RELEVÉ 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
31/12/14	C-S		250DH	INP : 09911729968

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">   <b>PHARMACIE</b>  <b>Dr. Amal COUBALIA</b>  <b>N°162 - Tel: 03 22 32 13 16</b>  <b>Email: tahnatinaa18@gmail.com</b> </p>	31/12/19	193 100

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

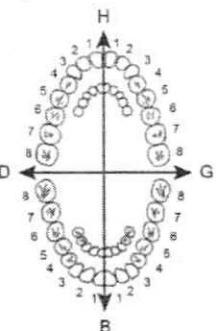
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

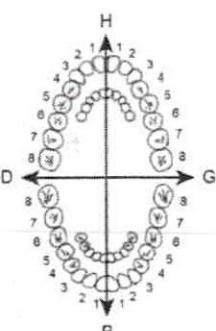
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAIL

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane LAHLOU  
PEDIATRE  
Maladies du Nourrisson et de l'Enfant  
Allergie - Asthme  
Nutrition

الدكتورة إيمان لحلو  
طبيبة الأطفال  
اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
الحساسية والضيقية  
التغذوية

Age :

Poids :

57,50 x 2

Fexofen 500 mg

LOT 19031 PER 07/21  
PPV 57DH90

LOT 19031 PER 07/21  
PPV 57DH90

17,70

Efferalgan 500 mg

EFFERALGAN vitaminé C  
PPV 17DH70 EXP 03/2022  
LOT 91046 3

59,70 Van Jecu

Fenouex 500 mg

Acet

20 comprimés effervescents

PHARMACIE  
ZENITH MII LEMMUM  
Dr. Amina TAHIRI  
N°162, Lot Florida Casablanca  
Tel:05 22 32 15 16  
Email: tahrinama78@gmail.com

son ouverture.

LOT 052304/FC9  
05/2022 PPC 59,50

10, Projel Al Moustakbal/GH  
PEDIATRE  
Imane LAHLOU  
Tél : 022 58.48.55  
n°2 Sidi Maârouf - Casablanca



تجزئة المستقبل, GH 6 رقم 2 الطابق السفلي، (أمام حدائق العمالة) سيدى معروف - الدار البيضاء

40, Lot. Al Moustakbal GH 6, N° 2 RDC (en face du jardin de la préfecture) Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél./Fax : 0522 58.48.55 - المستعجلات : 0661 44.64.68 - E-mail : imanlahlou05@yahoo.fr