

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.

N° W19-422489

62725

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

2296

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHLOU

RACHID

Date de naissance :

01/01/56

Adresse :

LOT LA COLLINE II N°10 CALIFORNIE

Tél. :

066159849

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/12/2020

Nom et prénom du malade :

LAHLOU Iwane

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Asthmatique / Asthmatique

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 :

CASA

Le : 17/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

BELLEVE 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
12/12/2012	Co		250,00	INF : 0911167417 Dr. Ahmed SEFI PEDIATRE Avenue Stendhal 2ème Etage Appt. 6 Par Val Fleuri - Casablanca Date : 06/01/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 SAGL AU Dr Said Said - California 1029 22/10/07 - Chabanier RC : 381121	22/10/07	322.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

RELEVÉ 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"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H D G B	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H D G B	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				

Docteur Ahmed SEFIANI

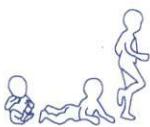
PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Néonatalogie Nourrissons - Enfants

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

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

Casablanca, le



الدكتور أحمد السفاني

إختصاصي في أمراض
الرضيع والأطفال

خريج كلية الطب ببوردو

89، شارع سندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 قوال فلوري

الدار البيضاء

الهاتف : 0522 238 831 / 0661 172 518

الدار البيضاء، في

20/12/20

Enfant LAHOU Prod.

PHARMACIE ARI
SARL AU
Route 100 Ouled Said - Casablanca
Tel. 0522 219007 RC : 361421

12.80

y Dolipor 450mg حبة

175 -

1 ٦٧٥/-

97

Sebeto 150mg spray

1 bouffée x 2

134.60

89

Pfizer - (1)

1's

Tc 322.00

Dr. Ahmed SEFIANI
PEDIATRE

89, Avenue Stendhal 2ème Etage App. 6
Quartier Val Fleur - Casablanca
Tél.: 0522 23 88 31 - Gsm: 06 61 25 18

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain seba Casablanca
Tetrafil inj b1 ser 1 dose
P.F.V : 134,60 DH

filled



6 118001 080724

PHARMACIE AÏA'S
SARL AU
Route 1000 Ouled Said - Casablanca
Tél. 06 22 21 90 07 - Casablanca
RC : 381461

