

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° W21-664860

93476

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2296 Société : RAI

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : LAHLOU RACHID

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : LOT LA COLLINE II N°10 CALIFORNIE

Tél. : 0661159849 Total des frais engagés : 1624,3 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAHLOU TSMAIL Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie allergique, Vaccination

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 : / /

Signature de l'adhérent(e):

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
03/11/21	Lég		250,00	INPI LILLE Dr. Ahmed S. PEDIATRE Stendhal 2 ^e me Etage 11 Fleurz- Casablanca Tunisie 17250

ANALYSES - RADIOPHYSIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
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. PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $\frac{H}{D} = \frac{0,5503412}{0,0000000} = 400,58\%$ $\frac{G}{B} = \frac{0,0000000}{0,5503412} = 0,0000000$ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la prothèse</p>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Ahmed SEFIANI
PEDIATRE

Néonatalogie Nourrissons- Enfants

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux



دكتور أحمد السفياني

، اختصاصي في أمراض

الرضيع والطفل

خريج كلية الطب ببوردو

شارع سندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 قارل فلوري

الدار البيضاء

الهاتف: 0661 172 518 0522 238 831

89, Avenue Stendhal 2^{ème} Étage

Appt.6 Quartier Val fleuri

Casablanca

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

Casablanca, le

03/01/2011

الدار البيضاء، في

Enfant CAHLOU Primal
PHARMACIE ARIJ SARL AU
Route 1029 Ouled Said - Casablanca
Tél. : 05.22.21.90.07 RC : 361421

PHARMACIE ARIJ SARL AU Route 1029 Ouled Said - Casablanca RC : 361421

Sar offi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain seba Casablanca
Tetra zim inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH
EAN 18001 080721

Dr. Ahmed SEFIANI
PEDIATRE
89, Avenue Stendhal 2^{ème} Etage App.6
Quartier Val Fleuri - Casablanca
Tél.: 0522 238 831 / Gsm: 0661 172 518

LOT: GA10212
PER: 04/2023
PPV: 110 DH 00

iplic
iquet

LOT: GA10355
PER: 06/2023
PPV: 110 DH 00

Cip
Eth

89,90

89,90

89,90