

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° W21-626187

106111

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10648

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BHASSOUN

Date de naissance : Houcine

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : (DC) 6 + 182 Mécénat Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP : 91088930
903, AV. 2 Mars Casablanca
Tél. : 05 22 52 67 63

Date de consultation : 2021/01/2021

Nom et prénom du malade : SARAoui SOUA RAfia

Age : 12 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/02/22

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
25/11/22	C	1	G	INP : DR. LAHLOU AHMED PEDIATRE INP : 91088930 903 AV. 2 Mars Casablanca Tel : 05 22 52 62 63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA 475 Avenue 1 Rien Had Tel: 0522 21 62 22	25/11/22	182,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

DENTAIRES	Soins	Travaux
COEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS		
DEBUT D'EXECUTION		
FIN D'EXECUTION		
COEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS		
DATE DU DEVIS		
DATE DE L'EXECUTION		
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
(Création, remont, adjonction)		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

D 25533412 21433552
00000000 00000000
G 35533411 11433553
00000000 00000000
B

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

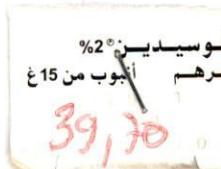
طبيب إختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفار

Casablanca, le 05/01/2022 الدار البيضاء، في

SAADAOUI DOUAA SAJA



60,90

Aximycine 500 disp
1 cp x 3 /j pendant 7j

22,50 brufen (1 flacon)
1 cas x 3 /j pendant 5j

39,70 fucidine pommade (1 tube)

1 application x 2 /j pendant 7j

37,20 Fucithalmic (1 tube)

1 goutte x 2 /j pendant 7j

20,80 Polydexa auriculaire (1 boite)
3 gouttes x 3 /j pendant 7j

182,10

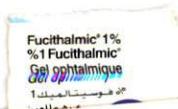


Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP : 91088930
903, Av.2 Mars Casablanca
Tél : 05 22 52 62 63



PPV 600H90

LOT 04007 1
EXP 04/2022



Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalans-Bou Amyot Inv 100
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophthalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20 6 118001 200818

903 ، شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول :

903, avenue 2 Mars, 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

PPV(DH) :

Lot N° :

UT. AV :

2250

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

Suspension
pédiatrique