

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-714974

143372

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6874	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OURHZAL AHMED
Nom & Prénom : OURHZAL AHMED			
Date de naissance : 06/09/65			
Adresse : 33 Rue STHAM RUE5 APPT F CALIFORNIE CASA			
Tél. : 0673712738	Total des frais engagés : 316,90 Dhs		

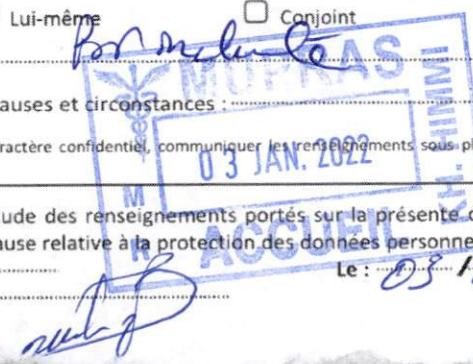
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. LAHLOU AHMED INP: 91088930 903 Av.2 Mars Casablanca tel: 05 22 21 62 63			
Date de consultation : 08/12/22			
Nom et prénom du malade : OURHZAL QARse Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Bon état de santé			
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 : 03/01/23

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguise	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA SAINTE-FAMILLE</i>	<i>22/12/80</i>	<i>903, Tel. 05 22 52 62 00</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	

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'ODF.																				
				INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">H</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H
				25533412	21433552															
				00000000	00000000															
				D	G															
				00000000	00000000															
35533411	11433553																			
B	H																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																		
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 LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique

PHARMACIE SOUAMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
 Rés «Les Jardins de Californie 2»
 Bd. de France, n°m. 1 Casablanca, le 08/12/2022
 Casa. Tel: 05.22.21.98.94



الدكتور أحمد لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقاً بالمستشفى الجامعي

استرسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

الدار البيضاء في

OURHZAL MARWA

10.00

Azix 1500 (1 flacon)
dose 25 kg 1x/j

- Muxol (1 flacon)
1 cac matin et après midi pendant 5j

22.50 Brufen (1 flacon)
1 cac et demi x 3 /j pendant 5j

14.40 Doliprane 500 (1 boite)
1 sachet x 4 /j si fièvre

Soufrane (1 boite)
4 x /j pendant 5j (nez)

PPV: 80DH00
PER: 06/25
LOT: L2036

PPV (DH):
Lot N°:
UT. AV:

10 10 10 10 BRI JEF

PPV: 14DH40
PER: 06/25
LOT: L1932

Dr. LAHLOU AHMED
PEDIATRE
INP: 91088930
903, AV. 2 Mars Casablanca
Tél: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM: 06.61.19.62.60