

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-492192

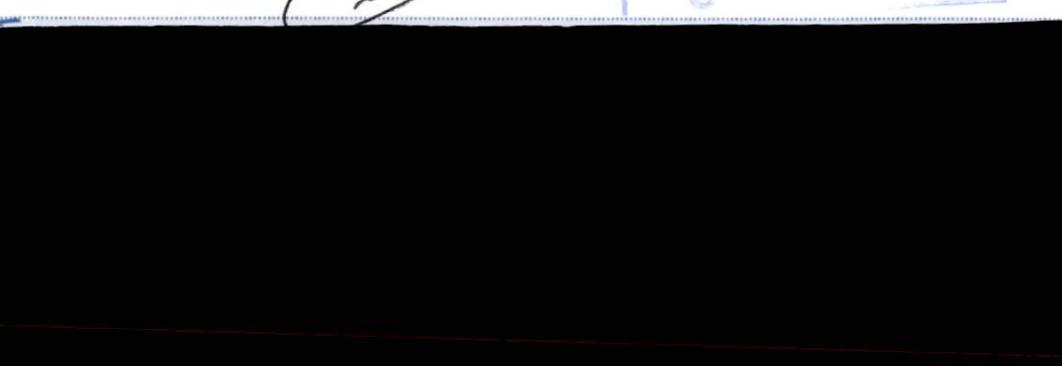
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2296	Société :	2A7
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAATHOU RACHID 144087
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
LAATHOU RACHID		01/01/56	
Adresse :		15 LA COLLINE II AHO CACIFOR ENIE	
Tél. 0661159849		Total des frais engagés : 560,96 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Ahmed SEFIANI PEDIATRE 89, Avenue Stendhal 2ème Etage Appt. 6 Quartier Val Fleuri - Casablanca Tél.: 0522 23 88 31-Gsm: 06 61 17 25 18	
Date de consultation :	06/12/12
Nom et prénom du malade :	LAATHOU RACHID
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Batob de la cig
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
06/02/22	L2S		300,00	INP : 081196847 DR. Ahmed EL KAFI PEDIATRE 89, Avenue Stendhal 2 ^e étage Appart. 6 Quartier Val Fleuri - Casablanca Tél: 0522 23 88 31 - GSM: 06 61 17 25 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ARJ</i> SARL AU Route 1029 Ouled Sadiq, Casablanca Tél: 0522 21.90.07	06/02/22	260,00

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Docteur Ahmed SEFIANI
PEDIATRE**

Diplomé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Néonatalogie Nourrissons - Enfants
89, Avenue Stendhal 2ème Etage Appt 6 Quartier Val fleuri
Casablanca

Tél : 0522 238 831 - GSM : 0661 172 518

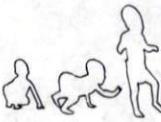
الدكتور أحمد السفياني

إخلاصي في أمراض
الرضيع والأطفال

خريج كلية الطب ببوردو

شارع متنبك الطابق الثاني 89
الشقة رقم 6 قوال فلوري
الدار البيضاء

الهاتف 0522 238 831-GSM: 0661 172 518



Casablanca, le

06/12/22.

الدار البيضاء في

Efant LAHOU Sfeani
El Aarous

PHARMACIE ARIJ

CARL AU
Route 1029 Ouled Said N°5, Casablanca - Casablanca
RC N°: 3011421
Tél : 0522 21.90.07

no. 6
x 15 Prestige longue eff
Lept/j le mat
effigies
52.80 x 15 Cefel longue
effigies
no3.60 3 x 15 Akoxil eff
Lept x 21 eff

num 4/ Dole Nabe 500g secret

15

1 secret x 31

so. no

15

Nasobex sol 666

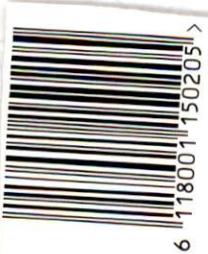
1 pdr / 10ml / 10ml

1 ml

T. 260.90

Dr. Ahmed SEFIANI
PEDIATRE
89, Avenue Stendhal 2ème Etage App. 6
Quartier Val Fleuri - Casablanca
Tél.: 0522 23 88 31-Gsm: 06 61 12 25 18

AMOXIL 1g
24 comprimés dispersibles
6 118000 160045



6 118000 1150205 >

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V.50 10 DH
Distribué par MSD Maroc



PPV: 14DH40
PER: 06/25
LOT: L1934

LOT N°:

UT. AV:

49.00

PPV (DH):

PREDNI'20mg

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

bT 211148
KP 04/2024
DV 52.80DH

ARMACIE AR
SARL A.I.
El-Said N°5, California
RC N°: 361421
Tél: 0522 21.90.07