

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-713050

192809

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42575

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROUZAQUT

OTMANE

Date de naissance : 13/10/85

Adresse : Résidence Lihes Park, Villa 110, Bouskoura

Tél. : 0661 218664

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/11/23

Nom et prénom du malade : Rouzaqut Aya Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Angine

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 JAN 2024

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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
23/11/23	1.		300.00	INP : Val Fleurie Tél: 0522 74 10 00 LAHLLOUBELI PEDIATRE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/93	987,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

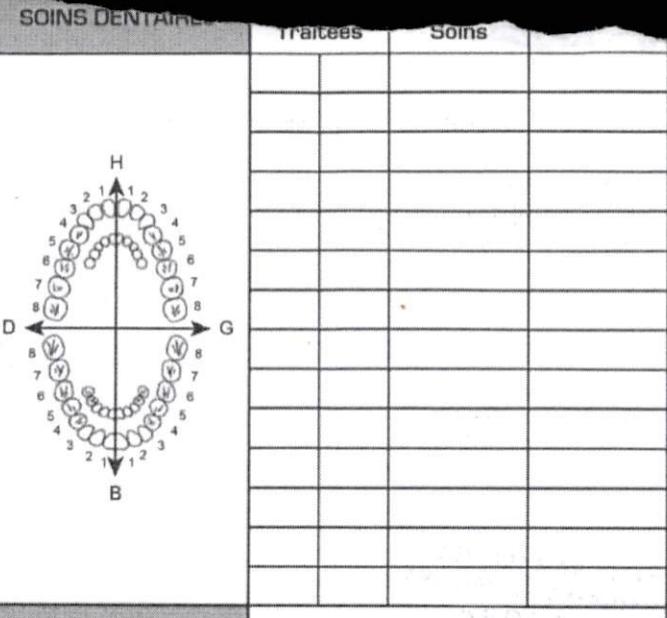
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

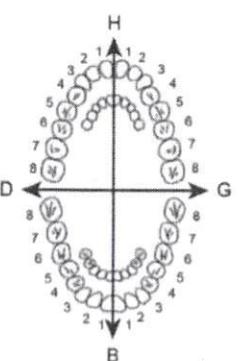
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



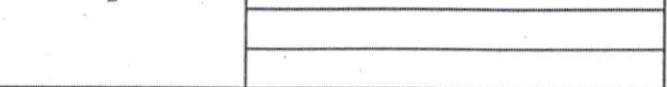
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Zineb LAHLOU BELLAMLIH

Spécialiste
des maladies du Nourrisson
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32
SMS : 06 77 77 25 74
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Casablanca, le 23/11/23

Aya Razzagui

15,80

Doliprane 500,

3h

) 22,00

1cp effervescent

Alpartil

3 caw

4/j

3 jirs

89,50

- Apixel spray

3/j

1 pulvérizat^e dans gorge x 3/j (3)

159,180

Aegmentin 500

78,9 od/2

3/j (6.)

287,13

~~PHARMACIE EL DRABNAT~~
~~BOUCHEZ 11 LA VI~~
~~Docteur Zineb Lahlou Bellamlih~~
~~Route Boucbeh Sidi Ouardou 109, Km 11~~
~~Draâma Culad 9400 Casablanca~~
~~Tel: 05 22 25 15 31~~

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tel: 05 22 25 15 31



8 032576 79683

LOT

190492



2022/07

PPC : 89,50 DH

ALGANTIL® 2%

Suspension
pédiatrique

150 ml



6 118000 031017

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243