

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-412200

N° D : 12174

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.139

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : HARRAK

Autre :

SALWA

Date de naissance : 11/06/83

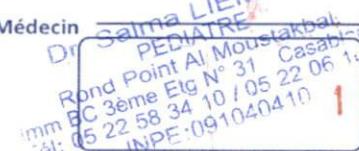
Adresse : Sidi Noumân, Hay Dsma, 6Rd3 Rue J, n 216  
Casablanca

Tél. : 06 90 89 32 4

Total des frais engagés : 1563 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 DEC 2019

Nom et prénom du malade : DL FAROUK

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

JCC

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

Signature de l'adhérent(e) :

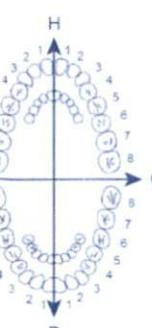
Le : 09/12/2019

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
5/07/2010			250,00	INP Salida PENALISATION Rond Point Al Moussanib Casablanca n BC 3eme flc N 31 25 22 58 34 05 22 06 HPNE-09100410

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/19	1113,-

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
		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"/>														

**Dr. Salma LIEMLAHI**

Spécialiste des maladies Nouveau Né,  
Nourissons et Enfants.



**الدكتورة سلمى اليملاحي**

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

## Asthme – Allergologie

- Diplômée de l'Université de Grenade - Espagne
- Ancienne attachée au CHU de Grenade - Espagne
- Ex-chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Hassani à Casablanca

## الربو - الحساسية

- خريجة جامعة غرناطة - اسبانيا
- ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بغرناطة - اسبانيا
- رئيسة سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني بالدار البيضاء

Casablanca, le : ٠٧ DEC. ٢٠١٩  
الدار البيضاء، في :

ID : 625484  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 299,00 DH  
6 118001 140701

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V: 814DH00  
6 118001 171057

Dr Salma LIEMLAHI  
PEDIATRE

Rond Point Al Moustakbal,  
Imm BC 3ème Etg N° 31 Casablanca  
Tél: 05 22 58 34 10 / 05 22 00 16 46  
INPE:091040410

0522583410/0522061646 – drliemlahiepediatre@gmail.com

Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3 ème étage, N°31  
Sidi Maarouf-Casablanca (en face du rond point Al Moustakbal)