

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RESETS

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0021532

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12635 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABBASSI AHINE
Date de naissance : 24-10-1984
Adresse : 334 BD ABDELMOUMEN ESC B App 26
CASABLANCA
Tél. : 0665966956 Total des frais engagés : 234,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et Chirurgie de l'Anus
120, Rue Al Moutana Bnou Harita
Marita 1 - Bernoussi - CASABLANCA
Tél. 75.52.18 / 19
Date de consultation : 11 / 8 / 23
Nom et prénom du malade : ABBASSI AHINE Age : 38
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lombago + gastro-entérite
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :
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 : 20 / 08 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

RELEVÉ 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
11/18/23	G2		9000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.8.23	234,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

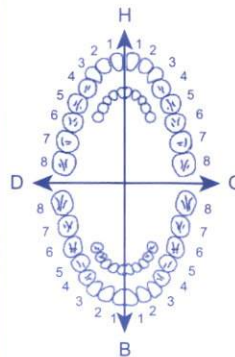
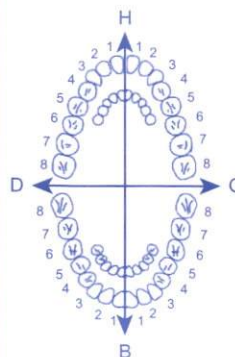
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				Montants des Soins <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LAHLOU OMAR

SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF

Foie, Vesicule Biliaire, Estomac
Intestin, Hemorroïdes

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
PROCTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France

Ancien attaché au C.H.U de Toulouse

Ancien Médecin des F.A.R

Membre de la Société Française
de Gastro enterologie et d'Hépatologie



الدكتور لجلو عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
وجراحة البواسر

الكبد - المرارة - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر

الفحص بالمنظار الداخلي بالأشعة الصوتية
وجراحة المخزج

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Coté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tel: 05.22.36.84.30 - Casablanca
Patente: 34808192

Casablanca, le :

11/8/23

ABBA Amin

30.00

Oedes 20 14/; De 10p

30.50

Imodium 2mg 1 gel x 3/

19.70

Apaz 2 200 14 x 3/ Apaz 2 x 1

46.00

Digestine 1 gel x 2/ De 10p

53.10

Relaxol 500 24 x 2/; Apaz

55.10

Surgam 200 14 x 2/ De 10p

234.70

LOT: 21E019
PER: 06/2024

SURGAM 200MG
CP SEC B20

P.P.V: 55DH40



6 118000 060857

LOT: 211490
EXP: 03/2024
PPV: 30.00DH

OEDES 20mg
7 gélules



6 118000 100064

LOT: 22E001
PER: 12/2026

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V: 30DH50



6 118000 010845

PFV: 19DH70
PER: 06/24
LOT: K1546

PAZIDE 200 mg
oxazide
16 gélules



6 118000 040064

LOT: 211302
EXP: 05/2026
PPV: 46.00

Digestine
30 gélules



6 118000 020684

LOT: 22E004
PER: 01/2025

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V: 53DH10



6 118000 060833

Docteur Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et Chirurgie de l'Anus
120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussou
Tél: (+212) 05.22.18.19

120, زنقة المثنى بن حارثة، أمل 1 البرنوصي (أمام ثانوية أمال) - Tél.: 05.22.75.52.18 - Fax: 05.22.75.52.19

120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussou (face à L. Mokhtar Soussi) - Tél.: 05.22.75.52.18 - Fax: 05.22.75.52.19

الحياة الوازيس: 29، روستاند الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف: (+212) 05.22.999.444 - الفاكس: (+212) 05.22.254.613

Alhayat Oasis: 29, Rue Rostand, Quartier Oasis - Casablanca - Tél.: (+212) 05.22.999.444 (lignes groupées) - Fax: (+212) 05.22.254.613

E-mail: docteurlahlouomar@gmail.com