

# 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.

196137

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2123 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHADDA SAID

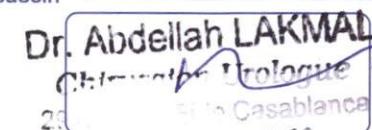
Date de naissance : 27/12/1956

Adresse :

Tél. : 0668956722 Total des frais engagés : 663,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/11/2024

Nom et prénom du malade : CHADDA SAID Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affections rhumatismales

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

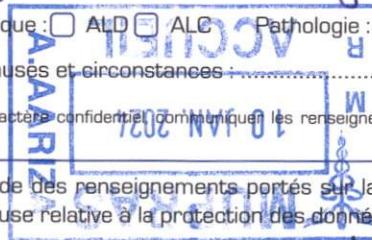
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 10/10/2024

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                   |
|-----------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/11/2024      | Chéiographie minime | 5                     | 250DH                           | Dr. Abdellah LAKMA<br>Chirurgien Urologue<br>29, Casablanca<br>Tel. 022.83.37.86 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br>INPE 092047539<br>TEL 04 75 98 99 99<br>PHARMACIE EL MALIBANNÉ<br>145 Rue Stephanos<br>26100 Chatelaine<br> | 04/01/26 | 263,00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

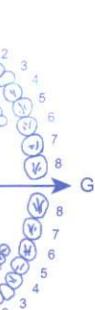
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                                    | Nature des Soins                                  | Coefficient |                         |
|--|---|---|-------------|-------------------------|
|   |   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |   |   |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE         |   |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |   |             | DATE DU DEVIS           |
|  |   |   |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Abdellah LAKMAL

## Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires et Génitales

- Explorations et Chirurgie Endoscopique
- Impuissance Sexuelle et Stérilité Masculine
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'enfant
- Echographie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires



## الدكتور عبد الله لكمال

طبيب مختص في :

أمراض وجراحة الكلي المسالك البولية والتتناسلية

- فحص وجراحة المسالك البولية بالمنظار

- القم والعجز الجنسي عند الرجل

- الأمراض التناسلية

- الختان والتبيؤ الإرادي عند الطفل

- الفحص بالصدى الصوتي

جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات العسكرية

A Casablanca le : 04 / 01 / 84

M. Saad CHAABAN

109,70

- Contrôle pré opératoire

SV

Age (r) le 10/1

Dernière visite 16/1

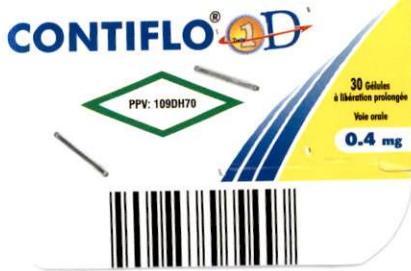
Examen physique

SV

Dr. Abdellah LAKMAL  
Chirurgien Urologue  
91 Bd El Fida  
0522 83 37 66



T = 263,00



بيرمكسون 160 ملغ

مستخلص شحم ستيروليك سيريفينوا رببينس

علبة من 30 كبسولة

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 30°C.

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

يحظى بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن 30 درجة مئوية.

Pierre Fabre  
maphar

Km 10, route côtière 111,  
quartier industriel, Zenata, Ain Sebaâ  
Casablanca - Maroc

Permixon/160 mg  
30 GÉLULES

6 118001 181957



9 10 08898

153,30

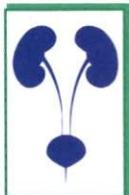
# Docteur Abdellah LAKMAL

## Chirurgien Urologue

Maladies et Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires et Génitales

- Explorations et Chirurgie Endoscopique
- Impuissance Sexuelle et Stérilité Masculine
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Circoncision et Enuresie chez l'enfant
- Echographie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires



الدكتور عبد الله لكمال

طبيب متخصص في :

أمراض وجراحة الكلى المسالك البولية والتناسلية

- فحص وجراحة المسالك البولية بالمنظار
- العقم والعجز الجنسي عند الرجل
- الأمراض التناسلية
- الختان والتبول الإلزامي عند الطفل
- الفحص بالصدى الصوتي

جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات العسكرية

A Casablanca le : 04/01/24

M. Saïd CHABDA

Chirurgie uro

PS : Celle-ci décline de  
sa demande de visite  
PS : Celle-ci décline de  
sa demande de visite  
Visite dans une semaine  
Très

prochainement avec plaisir

Dr. Abdellah LAKMAL  
Chirurgien Urologue  
Bd El Fida 1er Etage (en face de Kissariat El Manjra) - Casablanca . Tél. : 05 22 83 37 86

05 22 83 37 86، شارع الفداء - الطابق الأول (أمام قسارية المنجرا) الدار البيضاء - الهاتف :

291, Bd El Fida 1er Etage (en face de Kissariat El Manjra) - Casablanca . Tél. : 05 22 83 37 86