

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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

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° M21- 0060525

98729

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6162 Société : EAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LAHOUCHE

Date de naissance : 01-06-1948

Adresse : HAKELINARA 1 RUE 4 AL CASBAH / Schock

Tél. : 06 64 82 55 94 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HILMI Abdelhak  
Spécialiste en Urologie  
24, Addamane GH5 Etg. RC  
Appt. 1 Av. El Ouds - Casablanca  
Tél. : 05 22 52 66 13

Date de consultation : 9/12/2019

Nom et prénom du malade : M. SAHLI LAHOUCHE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 09/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-060525

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
9/12/21	C		302,00	Dr. HILMI Abdelhak Spécialiste en Urologie 24, Addamane GH5 Bp. RC Apt. 1 Av. El Qods - Casablanca Tél.: 05 22 52 66 13

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUJESSINE 834 Av. 2 Mars Prolongée Mara 1 Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76	9/12/21	211,50

# 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
		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.

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Abdelhak HILMI

**SPECIALISTE**

**Chirurgien - Urologue**

Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires  
et Organes Génitaux

Exploitation et Chirurgie Endoscopiques  
Lithotripsie Extra Corporelle

Sterilité Masculine et Impuissance  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Ancien Chirurgien Urologue des Hôpitaux  
(Beni - Mellal - Med Bouafi)



الدكتور عبد الحق حلمي

اختصاصي في جراحة الكلي  
والمسالك البولية و التناسلية

فحص وجراحة المسالك البولية عبر المنظار  
تفتيت حصي الكلي و المسالك البولية بالأشعة

العقم والعجز الجنسي عند الرجال و الأمراض التناسلية  
جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات  
(بني ملال - محمد بوافي)

Casablanca, le 9/12/22 في الدار البيضاء،

M<sup>r</sup>. SAHLIS LAHOUINE

LOT 210216  
EXP 10/2022  
PPV 121.40DH

121,40  
UMAX 0,4 - 15  
14/5 le son

90,10  
Fluaxal  
21

211,50

Dr. HILMI Abdelhak  
Spécialiste en Urologie  
24, Addamane GH 5 EQ.RC  
Appt. 1 Av. El Qods - Casablanca  
Tél.: 05 22 52 66 13

522-21 09 76  
SINE  
Igee Inara I

24، إقامة الضمان العمارة 5 الطابق السفلي رقم 1 شارع القوس عين الشق - الدار البيضاء

24 Addamane GH 5 rez de chaussé Appt. 1 Avenue El Qods Ain Chock - Casablanca

مستعجلات : 06 68 17 02 09 - Urgences : 05 22 52 66 13 - الهاتف :