

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ialogie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

98789

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6169 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHIL LAHOUAINE

Date de naissance : 01/06/1948

Adresse : HAFEL INARA 1 RUE 14 av. SICASAAI 1 chock

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 Qods - Casablanca
Tel. : 05 22 52 66 13

Date de consultation : 01/12/2019

Nom et prénom du malade : M/S SAHIL LAHOUAINE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

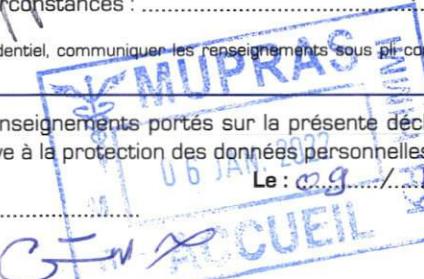
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 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 :

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
09/12/21	Ca		300000	 Dr. HILMI Abdellah Spécialiste en Urologie Dr. Abdellah CH5 Bt RC El Qods - Casablanca 5 22 52 66 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUTASSINE Lella 834 Av. 7 Mars Prolongement Casablanca - Tél. : 0524 21 12 11	01/12/21	211,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXIHAIES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

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

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

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 الكلى
والمسالك البولية و التناسلية

فحص و جراحة المسالك البولية عبر المنظار
تفتيت حصى الكلى و المسالك البولية بالأشعة

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

Casablanca, le

9/12/20

الدار البيضاء، في

M. SAHLI - C. A. HILMI

LOT 210216
EXP 10/2022
PPV 121.40DH

121,40
MAX 9,4 - 5
141 g de fer 1 mm

90,10

Fluxmal

9 1/2

211,50

5 10-3 90,10

Dr. HILMI Abdelhak
Spécialiste en Urologie
24, Addamane GH5 E.G.R.C
Appt.1 Av. El Qods - Casablanca
Tél.: 05 22 52 66 13

5.22.21.09.76
SINN
Date Ingral
06/09/2021

24، إقامة الضمان العمارنة 5 الطابق السفلي رقم 1 شارع القدس عين الشق - الدار البيضاء

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

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