

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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.

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

Nº M21- 062557

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1240

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHBABI Liliane

Date de naissance : 11/11/1945

Adresse :

401 b Route Sidi Taddeh
Résidence Ghala - Casablanca

Tél. : 05 22 72 05 38

Total des frais engagés : 1621,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Anis LAHLOU
NÉPHROLOGUE
Angiologie
et 2 Rue Kadmir Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2022

Nom et prénom du malade : LAHBABI LILIANE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Rénale, Hémodialyse

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 : 08/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Liliane

ACNE

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/01/2022 | cs | Gratuit | | Docteur Anis LARBI NEPHROLOGUE Angélique Ghandi Khalid Casablanca INP: 0910893 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 28/01/22 | T = 1621,00 DH |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The circles are numbered in a specific pattern: the top row has 1, 2, 1, 2; the second row has 3, 4, 2, 1; the third row has 5, 6, 4, 3; the fourth row has 7, 6, 5, 4; the fifth row has 8, 7, 6, 5; the sixth row has 8, 7, 6, 5; the seventh row has 8, 7, 6, 5; the eighth row has 8, 7, 6, 5; the ninth row has 8, 7, 6, 5; and the tenth row has 8, 7, 6, 5. A central vertical line has an upward-pointing arrow and the letter 'H' at the top. A horizontal line with a left-pointing arrow and the letter 'D' at the left end extends from the center. A horizontal line with a right-pointing arrow and the letter 'C' at the right end extends from the center. A vertical line with a downward-pointing arrow and the letter 'B' at the bottom end extends from the center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie

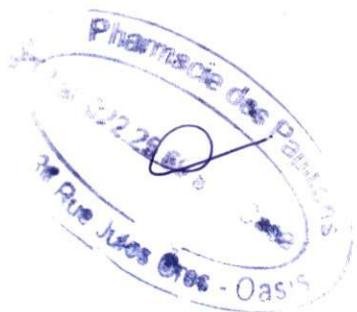
Maladies des Reins et Hémodialyse

Ancien Interne et Chef de Clinique
des Hôpitaux de Paris

Médaille d'or de la Faculté Cochin

Lauréat de la Faculté

de Médecine de Paris



Casablanca, le 08-01-2022.

Mme LAHBABI LILIANE.

162100 - RECOMMANDE 3000 UI : 2 injections

par semaine (répétée).

T = 162100

Docteur Anis LAHLOU
NEPHROLOGUE
Angle B.d. Ghandi
et 2 Rue Kadmiri Casablanca
Tél: 0522 25 61 48 INP: 091089383

1 seringue pré-remplie = 3000 UI d'époétine bêta

Excipients: urée, chlorure de sodium, polysorbate 20, dihydrogénate de sodium dihydraté, hydrogénophosphate de sodium dodécahydraté, chlorure de calcium, glycine, L-leucine, L-isoleucine, L-thréonine, acide-L-glutamique, L-phénylalanine, eau pour préparations injectables

Pour injection sc ou iv

Médicament : tenir hors portée des enfants

Posologie et mode d'emploi : voir notice d'emballage

A conserver entre +2°C et +8°C.

للحقن تحت الجلد أو عبر الوريد

دواء: يحفظ بعيدا عن متناول أيدي الأطفال

الجرعات وطريقة الاستعمال: راجع النشرة المرفقة بالعبوة

تحفظ بين 2-8 درجات مئوية.

Ne pas dépasser la dose prescrite

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
RECORMON 3 000 UI/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 621,00 DH

7



6 118001 050369

Recormon®
Epoetin beta

3000 IU / 0.3 ml

6 pre-filled syringes of
0.3 ml solution for injection

6 needles 27G1/2

