

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>1240</b>	Société : <b>KAM</b>	<b>118690</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>LAHABBI HUSSINE</b>			
Date de naissance : <b>11/11/1945</b>			
Adresse : <b>405 B Route d'El Jadida Résidence Ghaliat - Casablanca</b>			
Tél. : <b>06 63 72 05 38</b>	Total des frais engagés : <b>180.20</b> Dhs		

**Cadre réservé au Médecin**

**DOCTEUR ANIS LAHLOU**  
**NEPHROLOGUE**  
**Angle Rd Ghansia**  
**et 2 Rue Kadmiri Casablanca**  
**17/05/2022 INP: 091089383**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17/05/2022**

Nom et prénom du malade : **LAHABBI LILIANE** Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : **Insuffisance Rénale, Hémodynamique**

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 : **Conciliaire**      Le : **17/05/2022**  
Signature de l'adhérent(e) : **Wele**

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES TRAITS 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
17/05/2022	CS	Gnafit		INF : bB1Ma89383 NEPHRO Angle Bd Gr Admiri Cap 1148 HP : 091

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES PA</i>	<i>17/05/22</i>	<i>180,20 DH</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHS**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **BELÈVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

#### [Création, remont, adjonction]

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 17.05.2022.

Mme LAHBABZI

LILIANE.

- E SAC 20 - 8 : 11J ( LIBRETE )  
144,50

- ALPHARIA  
N° 19270 / UNE BOITE 0,50 - 8 : 11J ( LIBRETE )

35,70

Docteur Anis LAHLOU  
NEPHROLOGUE  
Boulevard Ghandi  
et 2 Rue Kadmiri Casablanca  
Tél: 0522 25 61 48 INP: 091089383



210477  
13 2224  
35.70

TOTAL 189,28 Dhs



21001  
02723  
144DH50  
144,50