

## 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 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.

### 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.

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

Nº W21-715298

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1240	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	134108
Nom & Prénom : LAHBABI LILIANE			
Date de naissance :	11/11/1945		
Adresse :	405 B Route d'El Jadida Résidence Ghezou - Casablanca		
Tél. :	05 22 20 53 38	Total des frais engagés :	624,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 10/09/2022	
Nom et prénom du malade : LAHBABI LILIANE Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : INSUFFISANCE RENALE, 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 : 10/09/2022

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
10/09/2022	CS	Générat	INP : 0310006334 CEPHROU Angle Bd Gr... Kamiri Casab... Signature	Octave

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien pu du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.09.1992	Total = 624.40 DFL.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		



# Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

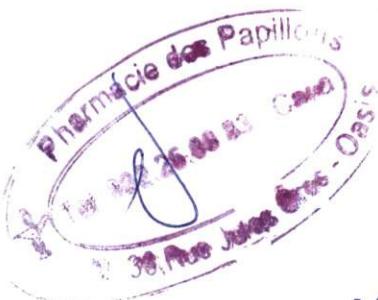
Docteur Anis LAHLOU

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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Oroken 200 mg. cp. pel b 8  
P.P.V : 116,30 DH  
6 118000 061069

LOT STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
PER : 02/02/2026  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

Casablanca, le 10.09.2022.



Mme LAHBABI LILIANE

116130  
- OREKENE 200 → 11J Pdt 8Jns.  
66160 STILNOX 100 → 11J (1 boîte).  
307100 LYRI 50 → 11J (1 boîte).  
114150 ESAC 20 → 11J (1 boîte).

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

T = 624140

**ESAC®** 20  
é soméprazole mg

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*



**Voie orale**

144,50

L.O. 22002  
P.R. 01/24  
P.P.V. 144DH50



ليريكا®  
بريفابالين  
**75** ملغ  
كبسولات

56 كبسولات  
كل كبسولة تحتوي على 75 ملغ من بريفابالين

Lyrica® 75 mg - 56 gélules  
P.P.V : 307,00 DH



6 118001 170678

Pfizer

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte

كل كبسولة تحتوي على 75 ملغ من بريفابالين  
56 كبسولات