

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924

Société : RAM

139398

Actif  Pensionné(e)  Autre :

LAHYANE EL HADJ

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 03. La Lézardière 9 mane 4 Rue Salteras 2 Bd oumer Ben KHATTAB Sidi Nouman Casab

Tél. 06.27.20.65.49 Total des frais engagés : 1.227,00 dhs - 264,00 dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

30/11/2022

Date de consultation : 30/11/2022

Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ Age : 74

Lien de parenté :  Lui-même  Compagnon  Enfant

Nature de la maladie : Prostate

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : TOUS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Le 02 DEC. 2022

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 : Le 02 DEC. 2022

Signature de l'adhérent(e) : LAHYANE EL HADJ



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 30/11/2020      | Acte              | 1                     | 1000000                         |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

## EXECUTIONS D'ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                            | Date                 | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| PHARMACIE DU PROGRES<br>EL GUERMAI Abdelghani<br>9, Place du 10 Novembre<br>Casablanca - Tél: 0522 22 00 00<br>Fax: 0522 22 00 00 | 30/11/88<br>30/11/88 | 1377,00<br>2641,00    |

## ANALYSES, RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Khalid TOUABI .

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotriptie extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis ( France )



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلى  
والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تقوية الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلى و المساكن البولية

خريج كلية الطب بنيس ( فرنسا )

Casablanca, Le:

30/11/2022

Mr. LAHYANE EL HAF

90,00 - FLOXIN 200 mg

Lot No: 90,10  
Exp: 11/2022

99,100 - 11 JNE  
- LIXIFOR

boite

X1019 0126  
LOT PER  
Prix 99,00

75,100 - 11 J  
- KALEST



LOT 210836  
EXP 01/2024  
PPV 75.00DH

264,10 - 11 J  
- INDUCTAN Sirup

PHARMACIE DU PROGRES  
EL GUERMAI Ahedelghani  
9, place du 16 Novembre  
Casablanca - Tel: 0522.20.13.66  
Fax: 0522.20.13.66

Maphar  
Bd Alkemia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Decapeptyl 10 3.75 mg/yo b1  
P.P.V: 1377,00 DH  
6 116001 180783

1377,00 - 11 J  
- DECAPEPTYL 3,75

S.V

Dr. Khalid Touabi

نقطة الأمانة - مولاي عبد الله ( فوق ياق روشي ) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

Tél.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30 - الهاتف : Email : urotk@yahoo.fr

البريد الإلكتروني : البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr

fax : 05 22.27.59.43 - الفاكس : 05 22.27.59.43