

# 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 de données à caractère personnel.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042 Société : R.A.M AUAG28  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim  
Date de naissance : 01/01/1949  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 2689629854 Total des frais engagés : 805,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
Dr. HILMI Abdellazak  
Spécialisé en Urologie  
24, Addamane Gh5 Etg RC  
Appt 1, Av EL Qods, Casablanca  
Tel : 05 22 52 66 13

Date de consultation : 19/12/22  
Nom et prénom du malade : AIT MERIM Brahim Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : affekt mos frap  
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
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 : Marrakech Le : 12 DEC 2022

Signature de l'adhérent(e) : M.H / 

## **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
19/12/22		Q	300,00	Dr. HILMI Abdellah Spécialiste en Urologie 24, Addamane GRS Casablanca Appt 1 Av EL Qods Tel : 05 22 52 66 13

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HAY MY. ABDELLAH P. SARAKAO NO 15 CASA - TEL: 05	10/11/02	505,50

#### **ANALYSES - RADIographies**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

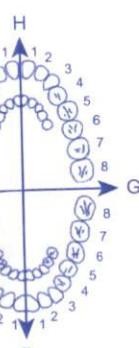
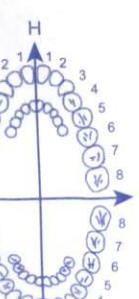
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	B														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

#### **VILLE**

**ACHET 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

العقم و العجز الجنسي عند الرجال و الأمراض التناسلية

جراح اخصاصي سابقًا بالمستشفيات

(بني ملال - محمد بوافي)

Casablanca, le ..... ٢٢ - ١٢ - ١٤ الدار البيضاء، في

M<sup>r</sup> Art Meni Bas

62.20

Uhos dt

S.V

2 m

Apr le matin

147.60 x 3

Flatal

S.V

3 M.

PHARMACIE FAMILIALE INARA  
SARLAU  
Hay Mly. Abdelhak Rue 187  
N°15 Casa Tel: 0529 294 850

Dr. HILMI Abdelt.ak  
Spécialiste en Urologie  
24. Addamane Ghz Etg RC  
Appt. 1 Av EL Qods, Casablanca  
Tel : 05 22 52 66 13

505,50

24، إقامة الضمان العمارة 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

Tél : 05 22 52 66 13 - الهاتف : Urgences : 06 68 17 02 09 مستعجلات :

PPV: 62 DH 70  
PER: 03/25  
LOT: L1145

PPV: 147 DH 60



rieur.

بدون شروط معينة للتخزين.  
حفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

URQSTA®

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables



100107  
105.11

FLOTRAL® 10 mg

30 comprimés à libération Prolongée

Voie orale



PPV: 147 DH 60

eur.

بدون شروط معينة للتخزين.  
بحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL® 10 mg

30 comprimés à libération Prolongée

Voie orale



6 118001 300150

PPV: 147 DH 60

eur.

بدون شروط معينة للتخزين.  
عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL® 10 mg

30 comprimés à libération Prolongée

Voie orale



6 118001 300150