

# 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

- Reclamation : 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12868</b>	Société : <b>ESR</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : <b>SSPTE FLOUSSIR</b>	
Nom & Prénom : <b>ESSAÏD HAKANI</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age : <b>57</b>	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, renseigner le renseignement 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-777979
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W21-773116

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12568</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ES SATTE HOUSSA M</b>			
Date de naissance : <b>27/04/1987</b>			
Adresse : <b>RIAD AL ANDALOUSSE MARBELLA 3 MMSS APPT 20 HAY RIAD</b>			
Tél. : <b>0678490701</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Carte du médecin	
Date de consultation : <b>23/12/2022</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Dr. Nabil Lahli</b>	
Lieu de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<b>GTR</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires 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 : ..... / ..... / .....	
Signature de l'adhérent(e) : <b>J.P.</b>	
Age : ..... / ..... / .....	
Conjoint <input type="checkbox"/>	
Enfant <input type="checkbox"/>	

**الدكتور محمد نبيل لحلو**  
Docteur LAHLOU Mohammed Nabil  
Spécialité en Gynécologie Obstétrique  
et Maladies des Seins  
12 Rue Saint Beuve Appt. 13 Rés. BELAIR - Casablanca  
Tél : 0561 30 89 01

**الدكتور محمد نبيل لحلو**  
Docteur LAHLOU Mohammed Nabil  
Spécialité en Gynécologie Obstétrique  
et Maladies des Seins  
12 Rue Saint Beuve Appt. 13 Rés. BELAIR - Casablanca  
Tél : 0561 30 89 01

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/11/2022	2		G	INP : 091089797 Dr. Mohammed Nabil Spécialiste Obstétrique et Gynéco

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GARE OASIS 152, Bis Route de l'Oasis Casablanca - 4522 900</i>	<i>23/12/22</i>	<i>= 390,60 =</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

**VIOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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. Mohammed Nabil LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique et Mammaire

Chirurgie Endoscopique

Stérilité du Couple ( FIV- ICSI)

Microchirurgie Gynécologique

Ancien Enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca

Ancien interne de CHU

Titulaire du Diu des Maladies du Sein

de la Faculté de Strasbourg



الدكتور محمد نبيل لحلو

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الجراحة النسوية و جراحة الثدي

الجراحة المنظرية

المساعدة على الإنجاب

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب

حاصل على شهادة الإختصاص في

أمراض الثدي من كلية استراسبورغ

Casablanca, le 23 - 12 - 2022

Mme Bellemlih Zohra

136 30 X 2

① Augmenter 100 x 2 (10 x 8)

PHARMACIE GARE OASIS  
152, Bis Route de l'Oasis  
Casablanca - 052 99 02 84

5715 X  
② Lyco - N° 2 de 3

free 45

390,60.

PHARMACIE GARE OASIS  
152, Bis Route de l'Oasis  
Casablanca - 052 99 02 84

الدكتور محمد نبيل لحلو  
Docteur LAHLOU Mohammed Nabil  
Spécialité en Gynécologie Obstétrique  
et Maladies des Seins  
12 Rue Saint Beuve Appt. 13 Rés. BELAIR - Casablanca  
Tél : 0561 30 89 01

12, Rue Sainte Beuve - Appt. N° 13, 1<sup>er</sup> étage - derrière la Clinique Riviera - Casablanca

E-mail : medmad59@hotmail.com - Tél.: 05 22 98 83 22 - GSM : 06 61 30 89 01

ICE : 001628992000023 - IF : 42204344 - INPE : 091089797

Quartier industriel - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Maroc

Casablanca - Maroc

Maphar  
Bd Alklimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Gyno-pevaryl ovules gyn b3  
P.P.V: 57,00 DH  
6 116000 012023

Maphar  
Bd Alklimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Gyno-pevaryl ovules gyn b3  
P.P.V: 57,00 DH  
6 116000 012023

unes de préférence au usage  
غ = قرصين = محظى فقاوة واحدة  
بلغ الفرمان في بداية الطعام

PPV: 138,36 DH  
LOT: 648296  
PER: 12/23

PPV: 138,36 DH  
LOT: 648296  
PER: 12/23

رمان في بداية الطعام  
رمان في بداية الطعام