

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

- 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

N° W21-761160



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12240	Société : RAM	172353	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAHBABI LILIANE
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 11/7/1945			
Adresse : 4058 Route d'EL Jadida Résidence Ghalia - Casablanca			
Tél. : 0653720538	Total des frais engagés 15850 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur Anis LAHLOU NEPHROLOGUE Angle Bd Ghandi et Rue Fadima Casablanca 101089383 </div>		
	Date de consultation : 15/08/2023		
	Nom et prénom du malade : LAHBABI LILIANE Age : 78		
	<input type="checkbox"/> Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : INSUFFISANCE RENALE, HEMODIALYSE		
	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 : 15/08/2023

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
15/08/2023				<p>Docteur NEPHROLOGIST BYB Angle Bd Ghazi Jue Kaddouri Casablanca 15/08/2023 INP; 091089383</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE S.P.L. SKYLED ROUEN 1 ^{er} étage, 19730 Rouen Téléphone : 02 32 97 73 01	15/08/23	1585,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'UDF.

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"/>	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



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 15.08.2023.

Mme LAHBABE LELEANNE.

1585,00 - RE COTMAN 3000 UI, 25 injections

Par Semaine (1 Boîte).

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

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Roukaz
16-18 Rue Kergomar Residence Anbar
Casablanca - Tel: 0522 79 79 01



1 seringue pré-remplie= 3000 UI d'époétine bêta

Excipients: urée, chlorure de sodium, polysorbate 20, dihydrogénate de sodium dihydraté, hydrogénophosphate de sodium dodécahydraté, chlorure de calcium, glycine, L-leucine, L-isoleucine, L-thréonine, acide-L-glutamique, L-phénylalanine, eau pour préparations injectables

Pour injection sc ou iv

Médicament : tenir hors portée des enfants

Posologie et mode d'emploi : voir notice d'emballage

A conserver entre +2°C et +8°C.

للحقن تحت الجلد أو عبر الوريد

دواء: يحفظ بعيدا عن متناول أيدي الأطفال

الجرعات وطريقة الاستعمال: راجع النشرة المرفقة بالعبوة

تحفظ بين 2-8 درجات منوية

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina

RECORMON 3 000 UI/0,3 ml 6 PFS

P.P.V. : 1 585,00 DH

7



6 118001 050369

Ne pas dépasser la dose prescrite