

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 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

M23-004297

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAAF

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : 190483

Nom & Prénom : AFKAR Lahcen

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tel : 0666 388028 Total des frais engagés : 240.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : AFKAR Lahcen Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur dorsale

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
12.12.23	C2		200 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARM. INOUBA Bloc 25 N° 15 Tél: 0527 55 12 23 - Casa	12/12/23	40.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. El Ghazal 12.12.23	12.12.23	Echographie	300 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

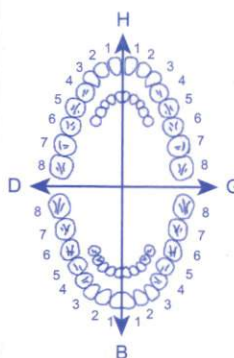
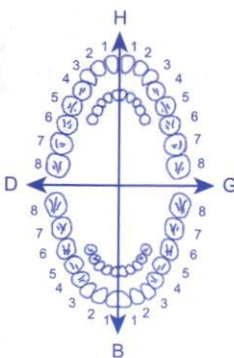
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelfetah Lahlou

SPECIALISTE

des Maladies de l'appareil Digestif

(Estomac - Intestins...)

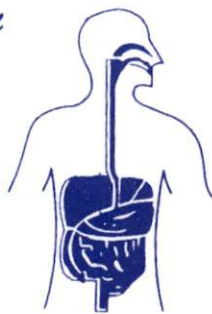
des Maladies du Foie

Proctologie médicale et chirurgicale

(Hémorroïdes, Fissure, Fistule anale)

Endoscopie digestive

Echographie abdominale



الدكتور عبد الفتاح لحلو

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الأمعاء...)

أمراض الكبد (التهاب الكبد...)

جراحة المخرج (اليواسير - الدم...)

الفحص الداخلي بالمنظار

الفحص بالإكوجرافيا

Casablanca, le 12.12.23

الدار البيضاء، في

MR Aftur Calicen.

40,40

1. meteospasmyl 40,40
1 fl + 2 fl

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

2. Aldactone 75
1/2 cp + 2 fl

PHARMACIE BENNOUR

sarl

Bloc 25 N° E, Sidi Othmane

Tél: 0522 55 33 16 - Casa

PHARMACIE BENNOUR

Bloc 25 N° E, Sidi Othmane
Tél: 0522 55 33 16 - Casa

DOCTEUR Abdelfetah Lahlou
Gastro Entérologue
Av. George Sand et Bd. Mohammed V, Rés. Bender
Imm. C3 - (T.A.C.) / Moham. Casablanca
Urgences: 0661 42 37 30 / Tél: 0522 55 33 16

Angle Bd. Standhat et Av. Georges Sand, Rés. Bender, Imm. "C", 2ème étage, N°91

(Près du TAC et Snack Amine) - Derb Ghalef - Casablanca

91، عمارة بن بر - زاوية ستندال - جورج سند - (قرب طاك وسناك أمين)

در ب غلف - الدار البيضاء - Urgence : 0661 42 37 30 - Tél. : 0522 25 50 14

DOCTEUR ALBERT LAMLOU ORDONNANCE
Gastro Entérologue
Av. George Sand et Bd. Stendhal, Rés. Benber
Imm. «C» - (T.A.C.) / Maarif - Casablanca
Urgences: 0661 42 37 30 / Tél: 0522 25 50 14

Casa, Le: 12-12-23

MR AFKUR Lahcen.

Nota d'honneur Echographie abdominale
1300 dhs. (trois cent HT)

DOCTEUR ALBERT LAMLOU
Gastro Entérologue
Av. George Sand et Bd. Stendhal, Rés. Benber
Imm. «C» - (T.A.C.) / Maarif - Casablanca
Urgences: 0661 42 37 30 / Tél: 0522 25 50 14

Docteur Abdelfetah Lahlou

SPECIALISTE

des Maladies de l'appareil Digestif

(Estomac - Intestins...)

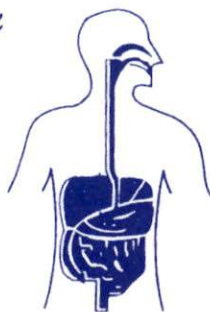
des Maladies du Foie

Proctologie médicale et chirurgicale

(Hémorroïdes, Fissure, Fistule anale)

Endoscopie digestive

Echographie abdominale



الدكتور عبد الفتاح لحلو

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الأمعاء...)

أمراض الكبد (التهاب الكبد...)

جراحة المخرج (البواسير - الدمّل...)

الفحص الداخلي بالمنظار

الفحص بالإكوشرافيا

Casablanca, le 12.12.23. في الدار البيضاء،

MR AFK Lalicen -

Rc = Ad = d'acte d'origine Cystique?

Compte rendu échographique

- fœ de taille et contours réguliers.

- structure hyperechoïque.

- no vue - cholecystectomie.

- fœ de taille et contours

reguliers

f d'épanchement actif peritoneal

Angle Bd. Standhat et Av. Georges Sand, Rés. Bender, Imm. "C", 2ème étage, N°91

(Prés du TAC et Snack Amine) - Derb Ghalef - Casablanca

91، عمارة بن بر - زاوية ستندال - جورج سند - (قرب طاك وسناك أمين)

درب غلف - الدار البيضاء - Urgence : 0661 42 37 30 - Tél. : 0522 25 50 14

CABINET DR LAHLOU

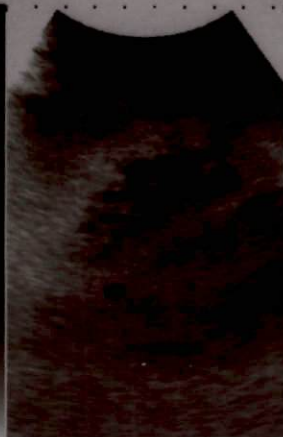
00/00/00 GE

00:07:57

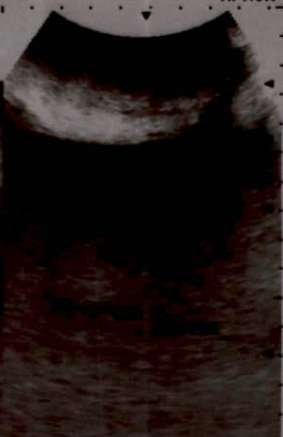
C36

LAHCEN

AFKIR



G54 CD66 P150



G54 CD66 P150

CABINET DR LAHLOU

00/00/00 GE

00:04:45

C36

LAHCEN

AFKIR



G54 CD66 P150



G54 CD66 P150