

# 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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0956 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU FILALI, Abderrahmane

Date de naissance : 01.01.1946

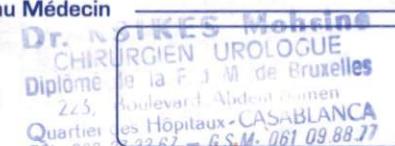
Adresse : 11 Blvd. Bin Anzorane Resid: SEDRA 1 Apt 4 Etg 2

MAARIF, CASABLANCA

Tél. : 06 63 72 72 37 Total des frais engagés : 364,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

  
Dr. N. LAHLOU FILALI  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
Diplôme de la F.J.M. de Bruxelles  
223, Boulevard Allal Ben Abdellah  
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA  
Tél. 022 73 22 87 - GSM: 061 09 88 77

Date de consultation : 30 JAN 2021

Nom et prénom du malade : Abderrahmane Lahrou Filali Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 06/02/2024

Signature de l'adhérent[e] : JY



#### **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
20 JAN 2024	Cs		9	INP 091087033 SOCIÉTÉ UROLOGIE - M. de Bruyne G.S.M. 061 09 88 71 Signature : 

Dates des  
Actes

C  
S

**G**  
HNP 0910870  
UROLOC  
A.M. de Bruun  
H. van der Blanca  
21K  
Hôpitaux  
6.5 M. 09.88.77

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER SARLAU 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tél: 05.22.0	30.01.24	364,20

#### ou du Fournisseur

Date

### Montant de la Facture

30-01-24

364,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXIL

## RES MEDICAUX

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### RELEVE 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'ODF.

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			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. Arrows indicate movement paths: a vertical arrow points up from circle 1 to circle 2; a horizontal arrow points right from circle 1 to circle 2; a diagonal arrow points up-right from circle 1 to circle 2; and a curved arrow points clockwise around circle 1. Other arrows point from circle 1 to circles 3, 4, 5, 6, 7, and 8.

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

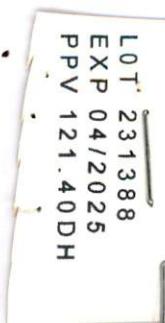
**Docteur KSIKES Mohsine  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
ANDROLOGUE**

Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)  
Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)



Casablanca le :30/01/24

**ORDONNANCE MEDICALE**



NOM et PRENOM : Mr Abderrahmane LAHLOU FILALI

1/ Umax gélules 400 umg :

1 gélule / j

le soir au lit pdt 3 mois



121.40 x 3

T = 364,20

**PHARMACIE HYPER SARL AU  
25, Rue Ali Abderrazak  
Casablanca  
Tél: 05.22.94.45.30**

Dr. KSIKES Mohsine  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bruxelles  
223, Bd ABDELMOUNEN , 1er Etage , Appt 7 , Rés Reda Abdelmoumen , Quartier des hopitaux , casablanca .  
Tél: 05 22 27 33 67 / Urgences : 06 61 09 88 77