

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 :

941

Société :

204899

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdoulaziz Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : / /

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
02/05/20	G2	2	200	LAILLOU LAIRICHAR O.H.I. H.M. Casablanca Gd Ceinture 11. 07.15 52 69 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSAFIR Dr A. A. Moussafir Gare Hassan II Derb Kabir N° 38 - Casablanca Tél : 05 22 82 07 55	02/05/20	PHARMACIE MOUSSAFIR Dr A. A. Moussafir Gare Hassan II Derb Kabir N° 38 - Casablanca Tél : 05 22 82 07 55

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAHLOU LAHRICHI Rajae

Spécialiste Diplômée de la Faculté
de médecine de Bordeaux
Maladies et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge
Chirurgie de la Face et du Cou
.Ex-Médecin chef de service d'O.R.L.
a l'Hopitale Mohamed V - Casablanca



الدكتورة لحلو الحريشي رجاء

حاصلة على شهادة الاختصاص
من كلية الطب ببوردو
أمراض وجراحة الأنف - الأنذن - الحنجرة
جراحة الوجه والعنق
رئيسة سابقاً لمصلحة أمراض الأنف - الأنذن - الحنجرة
بمستشفى محمد الخامس - الدار البيضاء

Casablanca le : 02/05/24

Mme Att Noura
136160 x ③ Note Miss
11 Attalaf 5 S.V.
1 - 0 - 0 + 3 / 00f
168120
21 PA Zon S.V. 50f
22 - 1 - 0 - 0 / 00f Moef
31 PA Muu S.V. 50f
6001 " 100f

~~PHARMACIE MEDISSA MARRAKESH~~
Bd. Gd. Ceinture O.R.L. - Casablanca
Tél. 0522 64 69 24

~~La Dr. LAHLOU LAHRICHI~~
Bd. Gd. Ceinture O.R.L. - Casablanca
Tél. 0522 64 69 24

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH

6 118000 191032



P.P.V. :

UT.AV : 09 2026

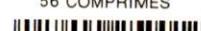
136 60

LOT N° : HM7516

136,60

AMlor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012



AMlor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012



عن طريق الفم

RAZON® 40 mg
28 Comprimés enrobés
gastro-résistants

6 118000 0849

LOT : 637
PER : 10/26
PPV : 168,20 DH

UT.AV : 2026
136 60

LOT N° : HR4084

136,60

Wlor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012

