

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6805

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKRAD AMEUR

Date de naissance : 24.09.1961

Adresse : HAY WALAA Sect 2 Tranche 8 Im 4 N° 10

Sidi Mouloud Casablanca

Tél. : 06 61 32 93 57 Total des frais engagés : 773,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.11.2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 07.12.2022

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
08.11.2022	C.S.		₹ 500/-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL WALEED	08/11/82	523,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/1		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). A vertical arrow labeled 'H' at the top points downwards. A horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' on the right points to the right. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom points upwards.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Casablanca, le : 08.11.22

Sadru Zahra

168.20

1992, 05

1 Aug

1 Sacit

28,0

21 Coccid

89, 3

3) ~~seductif~~ ~~sy~~ satisfaisant

ΣΣΙ 90

ii) Offensivtak  1up x 2



حي الولاء - شارع محمد رفاز إقامة يحيى الطابق 1 رقم 2 - التشارك - الدار البيضاء - (أمام مصحة الملكة + التكرون المهندي)
الهاتف: 06 35 24 20 62 - 06 00 62 81 85 - 0522 72 61 42

الهاتف: 06 35 24 20 62 - 06 00 62 81 85 - 0522 72 61 42
Bd. Med Zerzar, Hay Walaa Rés. Yahya 1^{er} Etage - N°2 - Attacharouk - Casablanca - (en face de l'OFPPT - Clinique les Anges)
Tél.: 0522 72 61 42 - 06 00 62 81 85 - 06 35 24 20 62

CASABLANCA - MAROC

SD32 0925

PER

Prix

89.00



COMPROMIS

6 118000 160182

16 sachets
AUGMENTIN 1 g/125 mg

PPU: 168,20 DH
PER: 03/24
LOT: 649763

EFFERALGAN® 500 mg

PPU 15DH90 EXP 02/2025
LOT 1N053 1

16 co.

EFFERALGAN® 500 mg
16 comprimés effervescents



LOT: 220684
PER: 07-2025
PPU: 28,00DH

coccidin creme
coccidin cream

6 118000 082972

PPU: 222,00 DH
LOT: 650131
PER: 07/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets



5/9
PHARMACIE AL WALAA
Haj Al Walaa - Toudha 1a - Secteur 2 - Imm. 4 N°1
Tunisie - Tel: 0922222391