

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

N° M21- 074973

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6805 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAKRAJ AMEUR
 Date de naissance : 24-09-1961
 Adresse : HAY WALAA Sect 2 Tranche 8 Im 4 N° 10-
 Sidi Tounen Casablanca
 Tél. : 06 613 29357 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 : SADRA ZAHRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatoses cutanées
 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) :

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
08/11/82	C.S.		2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/11		

AUXILIAIRES MEDICAUX

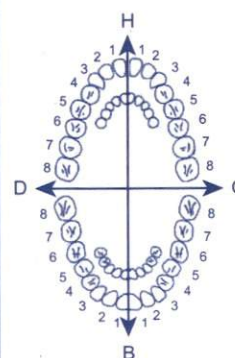
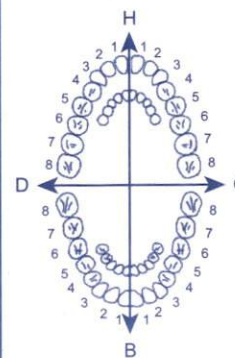
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia RADOUANE ABDELALIM

Dermatologue - Cosmétologue

Membre d'Académie Américaine de Dermatologie

Membre de la Société Française de Dermatologie

Diplômée de Cosmétologie de l'Université

Saint-Quentin-en-Yvelines Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة نادية رضوان عبد العليم

طبيبة الجلد والتجميل

عضو بالأكاديمية الأمريكية لأطباء الجلد

عضو بالجمعية الفرنسية لأطباء الجلد

حاصلة على دبلوم طب التجميل من جامعة

سان كوينتين-أون-إيفلين باريس

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- Maladies et Chirurgie de la Peau, du cuir chevelu et des Ongles
- Dermato-pédiatrie
- (Détatouage - Epilation) au Lazer
- PRP (Plasma) et Mésothérapie
- Peeling et Botox
- Radiofréquence

- إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض الجلدية للأطفال
- (إزالة الوشم والشعر) بالليزر
- البلازما، الميزوتيرابي
- التقشير والبوطوكس
- راديو فریکونس

Ordonnance

Casablanca, le : 08/11/22

Sadte Zahne

168,20

882,00

1 Aug

1500

88,00

21

1500

89,00

21

3) sedostel

15,90

1500

4) Effero

1500 x 21

1500

حي الولاء - شارع محمد زفزاف إقامة يحيى الطابق 1 رقم 2 - التشارك - الدار البيضاء - (أمام محطة المالكة + التكون المهني)

الهاتف : 06 35 24 20 62 - 06 00 62 81 85 - 0522 72 61 42

Bd. Med Zerzai, Hay Walaa Rés. Yahya 1^{er} Etage - N°2 - Attacharouk - Casablanca - (en face de l'OFPP - Clinique les Anges)

Tél.: 0522 72 61 42 - 06 00 62 81 85 - 06 35 24 20 62

CASABLANCA - MAROC



COMP-M030

SD32 0925

LOT PER

Prix 89.00

2810110008119



AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets

PPV: 168,20 DH
LOT: 649263
PER: 03/24

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 15DH90 EXP 02/2025
LOT 1N053 1

16 CO

EFFERALGAN® 500 mg
16 comprimés effervescent



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

coccidin creme
coccidin cream



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

AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets



PHARMACIE AL WALAA
Hay Al Walaa - Tranche 13 - Secteur 2 - Immeuble N°1
Tél: 022/223391