

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036924

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5744

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKRAKELA

9/06/61

Date de naissance : Adresse : LOT NASSIRI Rue 315 - 4 RTE d'Agadir

Tél. : 0661 31 7597

Total des frais engagés : 238 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr. Bachir LASRI, Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

soins dentaires

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 : 23/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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
Le 11/08/23	Consultation	D 10	100,00	Rachid LAFI Lot C 152 Tunisie 100-40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chafik di, Rue 1 Hay El Ma Bis An Dziria Casa/Anfa TAN 05 22 39 04 80	11/08/2023	138,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

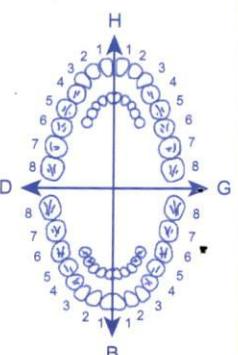
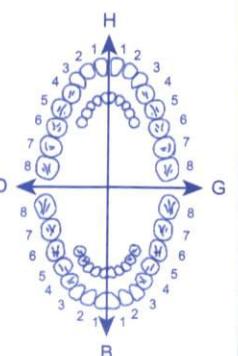
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الأسنان أدرار
CLINIQUE DENTAIRE ADRAR

Dr Rachid Lasri

Spécialiste en prothèse fixe et implantologie de l'université de Paris - France

Ex-attaché à l'hôpital René du bois - France

Ex-attaché aux urgences d'ibn Rochd

Diplôme universitaire en odontologie médico-légale

الدكتور رشيد العسري

اختصاصي في الارزع و التهويض الثابت بجامعة باريس بفرنسا

ملحق ساق بمستشفي ريني جيو بفرنسا

ملحق ساق بمستعجلات ابن رشد

طبيب محلف لدى محكمة الاستئناف الدار البيضاء

LAKRAKhi Casablanca le L..... 11.2.81
— Malika —

98.00

- Zamoan 18



1 sachet x 9 / T

675

40.00

- 6 t poudre 2 mg



3 cp le matin

575

138.00

صيدلية شفيق
~~Pharmacie Chafik~~
Hay El Massaoudi, Rue N° 40
Bis Ain Diab Rue D'Azemour
Casa/Amr Tel: 05 22 39 04 80

Rachid LASRI
Chirurgien Dentiste
Lot El Hadj Fateh Imm 152
El Lissasta - Casablanca
Tel: 05 22 91 30 40

05 22 91 30 40 / 05 22 91 65 18

cliniquedentaireadrar@gmail.com

Lot Hadj Fateh Etg 1 Oulfa
en face de la mosquée « Hadj Fateh »

كوتبرد®

بردزلون

(ميتاسلفوبينزوات صوديك)

20 ملغ

20 قرصاً فواراً
قابلًا للكسر

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 40DHO0

PER : 02/26

LOT : M234

bottu

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

100165
05/14

Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred® 20 mg

prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6118000 041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

17



12 SACHETS

Poudre pour suspension
Buvable en sachet

Adulte

ZAMOX®

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1G / 125 mg

راموكس®

أموكسيسيلين - حامض كلاغيلانيك

1 غ / 125 مل

البار



مسحوق للأجل
 محلول للشرب
 عن طريق الفم

- نسبة الأموكسيسيلين
 حامض كلاغيلانيك : 1/8

12 كيسا

ZAMOX®

PPV: 98DH00
PER: 06-25
LOT: L 2199

