

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.

M23-0024102

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2820 Société : 180707

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHALEN neftala

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06613111433 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre.

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 31.01.2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31.01.2023

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 : 21/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : GHALEN



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimane Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA Tél.: 05 22 99 87 63 - Fax: 05 22 99 64 17	21.12.23	INPE:092001452 360,60

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
		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.

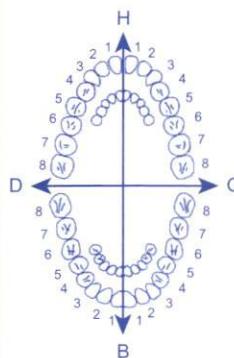
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	25533412 00000000 35533411	
D	21433552 00000000 00000000	
B	00000000 11433553	
G		



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ACHRAF
Dr. SLIMANE Slimane

Page :1

BON DE LIVRAISON

N° BON DE LIVRAISON 113758
Date : 21/10/2023

Client :
MEFTAHA GHALEM

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
NALGESIC 36 GELU	1	76.50	76.50
TEGUMA 250 MG 28 COMP	1	199.00	199.00
RELAXOL COMP	1	53.10	53.10
EUCARBON 30 COMP	1	32.00	32.00

Total TTC = 360.60

Arrêtée Le Présent Devis à La Somme De : TROIS CENT-SOIXANTE- DHS 60 CTS

Bon rétablissement

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA
Tél.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

442 RESIDENCE ANNAJD Angle Av Anwal et Av stendhal cite plateau CASABLANCA Tel:0522 98 97 63
Fax:0522 99 64 17 R.C :275144 - Patente:34712528 - I.F: 42205000 - CNSS: 6017736 - I.C.E: 000448700000012

LOT : 211002
EXP : 06/2024
PPV : 199,00 DH

UT. AW :

LOT N° :

PPV (DH) :



أثر أصص فاعلية للكسر

28 × 6

COOPER
PHARMACEUTICALS



TEGUMA 250 mg
100 comprimés



رولاكسول® 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول/ثيوكولشيكوزيد

20 قرصاً

عن طريق الفم

Relaxol® 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820



P.P.V : 53DH10



LOT : 22E003

PER.: 01 2025

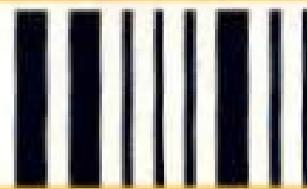


SURDOSAGE = DANGER

Ne pas prendre un autre médicament
contenant du paracétamol.

Dépasser la dose peut détruire le foie.

Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés
par prise minimum 4 heures d'intervalles. Ne
pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis
médical.



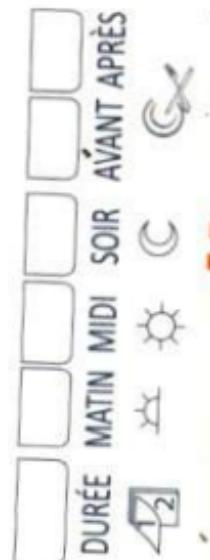
Lot: 3 0 7 S A
1 2 . 2 2 2 5
EXP: 3 2 . 0 0 0 H S
PPV: 32,00

ବିଦ୍ୟୁତ୍ ପାର୍କିଂ

ପାର୍କିଂ ମାର୍କେଟ୍ . ପାର୍କିଂ ମାର୍କେଟ୍ . ପାର୍କିଂ ମାର୍କେଟ୍

Nalgesic®

76,50



AVANT APRÈS

MIDI 501

DURÉE MATIN

سیو
Othema