

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.

M23-004078

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société : 182619

Actif Pensionné(e) Autre : TAHRI MALIKA

Nom & Prénom : TAHRI MALIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LAHLOUAI
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04

Date de consultation : 31/10/2023

Nom et prénom du malade : Mme TAHRI Malika. Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION RHUMATISMALE

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
Le 31/10/23	CS	C2	300,00€	LOU LAU Podologue Rouen Casablanca 76072

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DU PHARMACEUTIQUE NARJIS	31/10/23	144,90
		Rhumatisant 400mg 052225
		Maigre 052225
		réf: 0

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

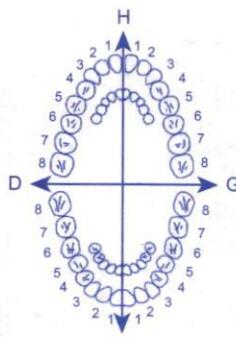
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	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

Docteur Laila LAHLOU

Maladies des Articulations - Os - Muscles

Colonne Vertébrale

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE

MÉDECIN PODOLOGUE

Maladies des Pieds

Diplômée de l'Université de Médecine de Paris

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim Roudani

3ème Etage - Appt. 5 - Maârif - Casablanca

Tél. : Cabinet : 05 22.25.76.02 / 25.76.04 - Fax : 05.22.98.15.21

Sur rendez-vous



الدكتورة ليلى لحلو

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصيل والعمود الفقري

اختصاصية في أمراض الأرجل

خريجة كلية الطب بجامعة باريس

إقامة الروداني - 400، شارع إبراهيم الروداني

الطابق 3 الشقة 5، المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.98.15.21 - الفاكس : 05 22.25.76.02 / 25.76.04

بالموعد

Casablanca, le : 31/10/23. الدار البيضاء، في :

53.10.

Mr TAHIRI. MALIKA.

REUAXOL op N°1.

39.00.

up/1T le soir au coucher 17 jours.

NEFSA 15 mg. N°1 Bte de 10.

52.80. 1cp/1T le midi après repas.

OEDES 20 mg. N°1. Bte de 10.
1cp/1T le matin à Jeun.
= 144.80.

Dr LAILA LAHLOU - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél: 0522-25 76 02 / 04

LOT 211483
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

ODES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x



Sept 1


COOPER
PHARMA

رولاكسول[®] 500 ملخ/2 ملخ

باراسيتامول/ثيوكلوشيكوزيد

قرصا 20

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

أقراص المهدئ المهدئ
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

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



060833

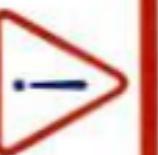
118000

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



LOT : 23E006
PER.:02 2026



SURDOSEAGE = 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.

39,00

عن طريق الطبيب
15



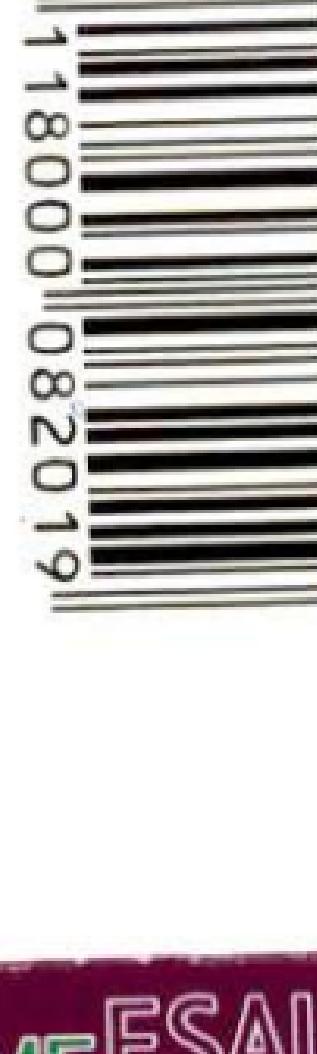
ميفسال®

أقراص قابلة للкусير

10 x 0

MEFSAL® 15 mg

10 comprimés sécables



MEFSAL®



15 mg
ميفسال®

Comprimés sécables 10 x 0



COOPER
PHARMA