

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3520 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAMSADDAR Amina Jeune FARHI

Date de naissance : 1953

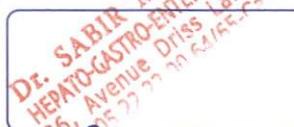
Adresse : 10 Rue IBN BAJA, chantilly

CASA / ANFA

Tél : 0689226370 Total des frais engagés : 123,60 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/05/2023

Nom et prénom du malade : LAMSADDAR Amina Jeune FARHI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome / Colpophle

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

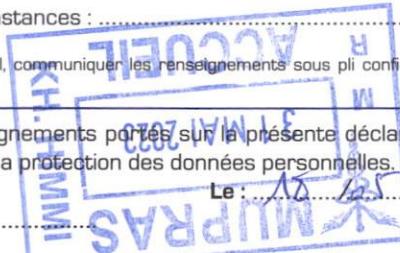
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 18/05/2023

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
18/05	2023	4	300 m	DR. SABIR MAMADOU HEPATOGASTROENTEROLOGISTE 26, Avenue DIAKhatte BP. 227, Dakar, Sénégal

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DE LA GRAND'RUE N. SADOUN 139, rue Alouïs Ishak Al Maroufi (Mizanif) CASABLANCA - Tel.: 0522 25 05 11</p>	18/05/2023	123,60

ANALYSES - RADIographies

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(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 Mostapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif

Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse

Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE

الدكتور مصطفى صبير

طبيب اخصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز



805 2003

الدار البيضاء، في

Lam stadt am Anna

123,60



1. Maxium 40
 $\frac{1 \text{ sp}}{1 \text{ sp}} \text{ intra m. reg.}$
2. Trimelat
 $\frac{1 \text{ sp} \times 3 \text{ p.}}{1 \text{ sp} \times 3 \text{ p.}} \text{ nb. 7}$
3. Vitaminal Fort
 $\frac{1 \text{ sp} \times 3 \text{ p.}}{1 \text{ sp} \times 3 \text{ p.}} \text{ App reg.}$
4. Durex 150
 $\frac{1 \text{ sp} \times 2 \text{ p.}}{1 \text{ sp} \times 2 \text{ p.}} \text{ A/c reg.}$



قرص صاد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

14

إزو-ميبرازول

إينكسيوم

40 من

14

comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

INEXIUM®
ésoméprazole

40 mg

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnei al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

64115DMP/21NRC P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

إينكسيوم® 40 من
إزو-ميبرازول

