

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Médecine 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

- 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.

Matricule : 1520 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : *Zehra*

Nom & Prénom : *NAAMANE Alidoun choua*

Date de naissance : 15/01/1950

Adresse : *LOT FAKHIR 10 Bouskoura*

Tél. : 0660017762 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *NAAMANE Alidoun choua* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Gastrite*

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 : 12/10/2020 GHAZI

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/10/2020

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
21/0	en		300 FC	Dr. SABIR M HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGISTE 261 AVENUE LAMBERT
20/0				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date de l'écriture	Montant de la Facture
Pharmacie MAPI Loubnaoui et associés Bouskoura Centre Km 13,5 Casablanca Tél: 0522 352333 C.E. 00151220030	05/05/2013	634,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch has teeth numbered 1 through 8 from right to left. A dental chart below the arch shows the presence or absence of teeth with symbols: a circle with a cross (X) indicates a missing tooth, while a circle with a dot (.) indicates a tooth present in its normal position. The chart shows missing teeth at various positions, notably at the first, second, and third molars in both arches.

[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 Mustapha 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

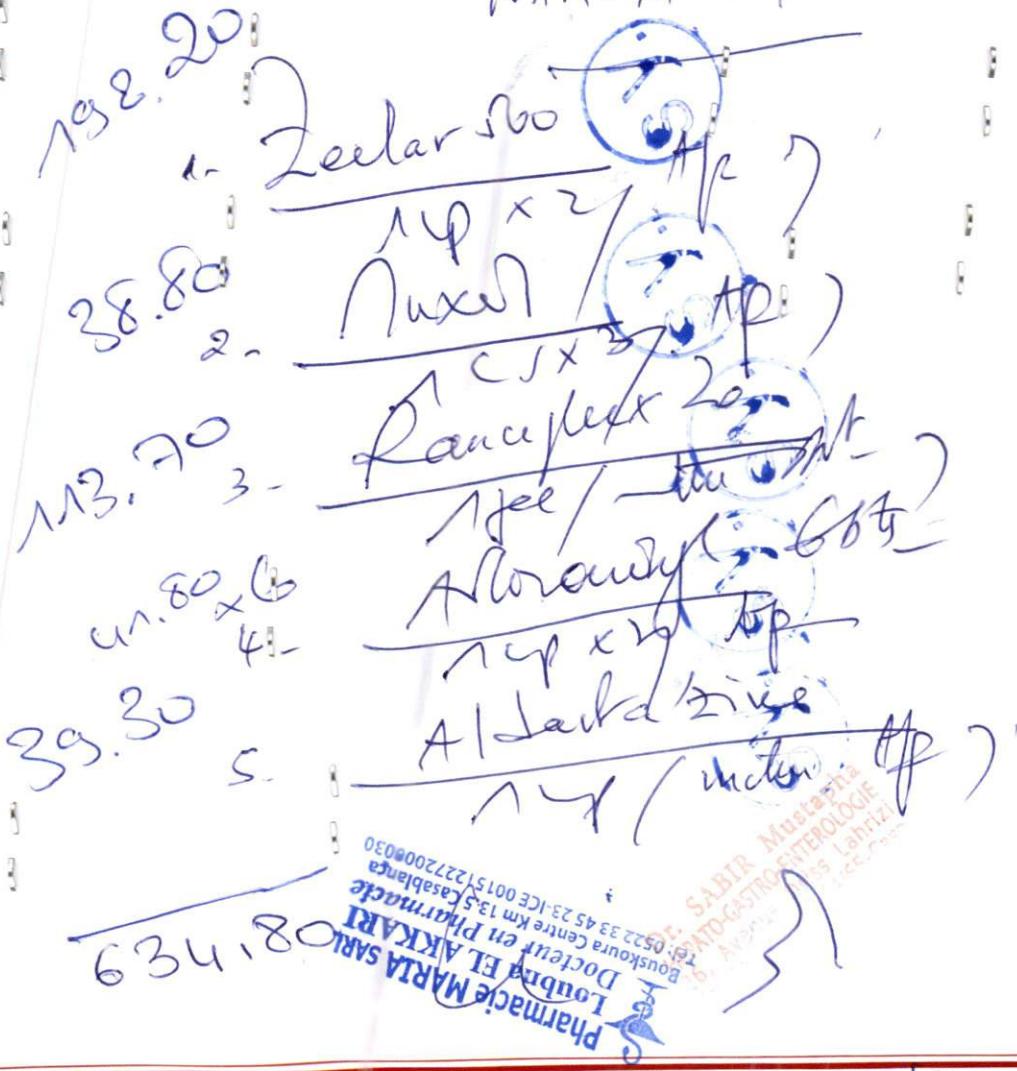
طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز



Casablanca, le 20 2020 الدار البيضاء، في



26، شارع ادريس العزيزي - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 05 22 22 90 64 / 65

26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 / 65

Email :mostaphasabir@gmail.com

PPV 132 DH 20
10800 192,80

41,80

PPV 132 DH 20
LOT H2,80

41,80

PPV 132 DH 20
LOT H2,80

41,80

PPV: 113 DH 70

20 mg
ogie
e à l'intérieur.
es enfants
dépassant pas

PPV 132 DH 20
LOT H2,80

P.E.: 0,7

PPV (DH):

LOT N°:

38,80

UT. AV.:

LOT N°: 1188594

UT. AV.: 11 22

PPV 39,30