

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-426657

45482

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	05678	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELFARI			
Date de naissance : 05/12/1961			
Adresse :			
Tél. : 0662768148 Total des frais engagés : 1000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. SABIR MUPRAS			
Date de consultation : 15/07/2012			
Nom et prénom du malade : Dr. Fakir M. Stephie			
Age : 51			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Comme			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Véhicular accident			
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
Signature de l'adhérent(e) : Dr. Fakir M. Stephie



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/02/2015 23/02/2015	ca	GT	GT	INP : 89112277 Driss Lahizi GASTRO-ENTEROLOGIE Centre Médical Driss Lahizi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/01/2023	187,50

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
	D.O.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
					Date du devis <input type="text"/>
					Date de l'exécution <input type="text"/>

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 صوير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le

الدار البيضاء، في ٢٠٢٠

2. FAXIR Notes

6480

Ranuher do (14 pc)
1 pc / tan NW

69°

$$2 \frac{\mu \alpha}{18 \ell \times 27} \cdot \frac{1}{42}$$

$$3. \quad \frac{1}{2} \text{ per } x \text{ yr.}$$

$$\frac{54.00}{T} = 187.00$$

Dr. S. Mustapää
HEPATOBILIOENTEROLOGIE
Avea 26, 11071 Berlin
Miss Lahrtsz
Casa 200M

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V. 54DH00
018531
118000 6 118000 018531
L01 : 19E001V
PER.03 2022

26 ، شارع ادريس الحريري - 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

Ingédients :

charbon végétal (135 mg), Saccharomyces boulardii (100 mg), inuline (42,2 mg), cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, dioxyde de Silicium ... qsp 1 gélule

~~Ne pas dépasser la dose recommandée.~~

~~Garder hors de portée des enfants.~~

~~Complément alimentaire n'est pas médicament~~

~~A conserver dans un endroit sec et à l'abri de la chaleur.~~

LOT : 200156
DLUO : 04/2023
69,00DH

Autorisation ministère de la santé
DA20181805312DMP/20UCAV1

Fabriqué par :

Laboratoires Deva Pharmaceutique

146- 147, Zone Industrielle Tif Mellil, Casablanca

Deva



Ranciphex
Rabéprazole sodique

20 mg

14 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

SUN
PHARMA