

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Biologie 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.

Education :

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.



Déclaration de Maladie

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 011890

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAL MOHAMMED FAKIR

Date de naissance :

17-08-1947

Adresse : Lot. El Maouz el Villa 03 - Casablanca

Tél. : 0661105408

Total des frais engagés : #758,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

10/09/2020

DR. SABIR MOHAMED FAKIR

ENTO-GASTRO-ENTEROL

6, Avenue Driss L'Haïd

05222908465 Casablanca

Date de consultation :

EL ADDEI RAJA

Age : 63

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Conjoint

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 :

Conjoint

Signature de l'adhérent(e) :

Conjoint

Le :

15 NOV. 2020

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Actes			INP : 0911005
			Dr. SABIR Mustapha HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE Avenue Driss Lahrizi 22 00 54/65-Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien
DV du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/09/2020

usw

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du oratoire et du Radiologue

Date

Signification des coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier

Date des Spins

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
PC	IM	IV	

— VOLET ADHERENT

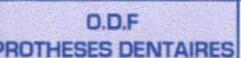
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

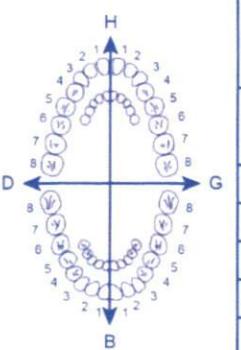
Important :

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

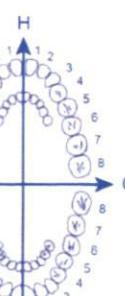


DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
3412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
3411	11433553



[Création, remont, adjonction]
onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>  <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
D	G							
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553							
B	G							

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 اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 10 09 2020 الدار البيضاء، في

Dr. MOSTAFA SABIR

215,-

1. Raufer 40 41000
Tip mette AK ✓

295,-

2. Innenkath 200
Tip x 2 Ar ✓

29.50

3. Carbonic tremek
Tip x 2 Ar ✓

86.70

4. Feuille 1 pc / fm
Tip ✓

2-

158.70

Dr. SABIR Mostapha
HEPATO-GASTRO-ENDOLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64 / 65 Casablanca

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
15-16 Rue Kettoubia, Casablanca - 20000
Roukia Residence Anbar

26, شارع ادريس الحريزي - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 20 / 65 / 64

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

Email :mostaphasabir@gmail.com



40 mg

28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale



CODE N°: HP/DRUGS/MNB/95/2

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Village Gangwala, Tarsi Ponda Sahib, India
Distt. Sambhar - 173 025, Himachal Pradesh, India
Importé par:

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Fabriqué par:
PPV:2150H00

Tableau C (liste II)

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Medicament Autorisé N°: 397/15DMP/21/NIT
--

Charbon végétal activé-H.E* Fenouil et Menthe poivrée-Rhubarbe-Wakamé

CARBOSORB®

Transit

Aide à éliminer les gaz intestinaux

et à faciliter le transit

30 comprimés
Voie orale

MEDIPRO
PHARMA

Lot : 200384

À consommer de
préférence avant le : 07/2023

PPC : 79,50 DH

CARBOSORB®
Transit

أصدوقات

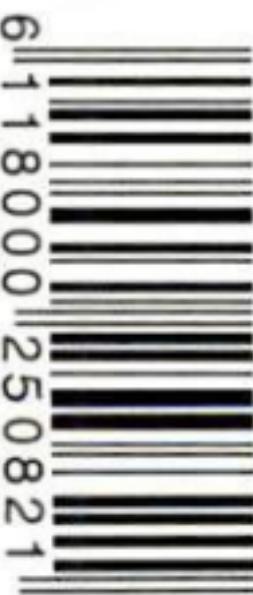
هليات الديريميبوتين 200 ملنج

ملن 200

INDUCTAN® 200 mg

30 Comprimés pelliculés

30 قرصاً



UT. AV.:

P.P.V

LOT N°:

00 22 73 50
79,50 279 + 79

ZEN

32 Gélules

LOT:20134FC12
PER:05/2023
PPC:84.70

MAGNÉSIUM MARIN

mag[®]

Stress
Nervosité
Problèmes du Sommeil