

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058938

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 Cours des Sports
20200 CASABLANCA

Tél. 0662.512.154 Total des frais engagés : 891,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/05/2021

Nom et prénom du malade : M. BIRKOU Mohamed-Naji Age : 83

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HYPERTENSION

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 : 23/05/21

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
25/06/2021		11to	6000	
		(+a-h-ah)		

DOCTEUR ABDELAZIZ LABBOUBI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
C.E.S. DE Radiologie et de Médecine du Sport
6 Rue Abdou Moumoune T. 05 22 25 14 07
C.A.S. DE Radiologie et de Médecine du Sport

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
0920288057 PHARMACIE Tel. 05 22 25 14 07 22, Ang. de la rue Abdou Moumoune, Bd des 22, Ang. de la rue Abdou Moumoune, Bd des	23.6.21	291,20

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELAZIZ LAQBAQBI

DOCTORAT D'ETAT FRANÇAIS EN MEDECINE

DIPLOME DE L'UNIVERSITE DE REIMS

ANCIEN INTERNE DE REGIONS SANITAIRES DE REIMS

ANCIEN ASSISTANT DES HOPITAUX

ANCIEN ATTACHE AU C.H.U DE REIMS

CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE ET TRAUMATOLOGUE

CHIRURGIE DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPERIEUR

C.E.S. DE BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT

الدكتور عبد العزيز لقباقي

خريج كلية الطب برامس (فرنسا)

دكتوراة الدولة الفرنسية في الطب

أخصائي في جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والطرف العلوي

الطب الرياضي

23/06/2021

M/BSRUCO R-MAI

85,80
116,40

Provan 500: 2 gels x 2/j

PHARMACIE SAFARI
Tél: 05 22 25 06 45
23 JUN 2021
12 Angle Rue Abourrouse et Bd des
Trains de Saïd-Fernand Bretonne - Casa

258 10 j

Acrol 1000: 2 gels x 2/j

1 flacon 250cc

99,20

DOCTEUR ABDELAZIZ LAQBAQBI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Chirurgien de la Main et du Membre Supérieur
C.E.S. DE BIOLOGIE ET MEDECINE DU SPORT
6 Rue Abou Al Kacim Achchabi (ex Courteline)
CASABLANCA Tél: 05 22 47 17 07

PPV 116DH40

LOT 00027 3

EXP 12/2022

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg 24 gélules

PPV 85DH80

LOT 08016 2

EXP 11/2022

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg 16 gélules

Docteur ABDELAZIZ LAQBAQBI
Doctorat d'état français en médecine
Ancien interne de régions sanitaires de reims
Ancien assistant des hôpitaux
Ancien attaché au C.H.U de Reims
Chirurgien orthopédiste et traumatologue
Chirurgie de la main et du membre supérieur
Biologie et médecine du sport
Membre Titulaire du collège français
Des chirurgiens orthopédistes et traumatologues

Casablanca, le 27/06/2021

FACTURE

Le Docteur ABDELAZIZ LAQBAQBI a l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à M..... et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires :

Consommables : 300 DHS
(Résine 03 bandes, jersy 1M , Bande de protection 02 unités)

Radiographie : 12
Honoraires : 300 DHS

Soit la somme de : 600 DHS.
(Six cent Dirhams)

Dr. A. LAQBAQBI

DOCTEUR ABDELAZIZ LAQBAQBI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
C.H.U. de Biologie et Médecine du Sport
Rue Abou Al Kacim Achabi (ex. Courteline) 20060 CASABLANCA
Tél : 05 22 47 17 07