

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2828 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : K.HARRAZ Mahjoub

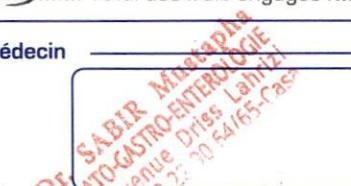
Date de naissance : 03.03.1946

Adresse : 5, Rue de la Oujisane - Polo Casablanca

Tél. : 0664562783 Total des frais engagés : 541,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/05/2022

Nom et prénom du malade : KHARRAZ Nahima Age : 76

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Coleg ulm

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 : Le 10/05/2022 Le : 10/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : H. HAKAN



## 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
28/05/2022	Chirurgie		300 m	Dr. SABIR HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGISTE 26 Avenue Driss Lahbib Tél. 02 22 20 54 10
20/05/2022				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 92003599	20-05-22	241,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

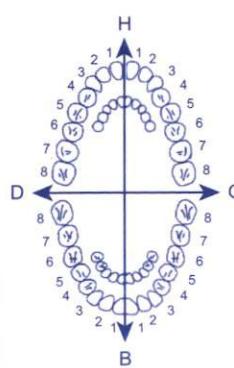
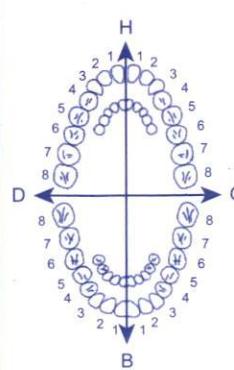
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

# 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 سابقاً بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le ..... 2022 الدار البيضاء، في

*2022* *دكتور مصطفى صبير*

KITARTE

S.V.

S.V.

S.V.

80.00

1- Debridat 20s

14 x 2

Nt

S.V.

44.00

Carboxylane

2-

Ifee x 2

Hps rey

87.00

Relaxivm

1 fel / Am. Ar.

241.00

PHARMACIE AL AMNE  
Khalidi MUSNAOUI  
Pharmacie du Maroc  
1 Rue Golgo Quatre  
(Tel: 0522 83 76 30 -  
Fax: 0661 199 365)  
Patente : 365

Dr. SABIR Mostapha  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
26, Avenue Driss Lahrizi  
Tél: 0522 83 76 30 - 0661 199 365



UT. AV. : 11 6 P.P.V.  
LOT N° : FR 43 9 89.00



Email : mostaphasabir@gmail.com

LOT: 220041  
DLUD: 01/2025  
87.00DH

26 شارع ادريس العزيزي - الدار  
0 64 - GSM : 06 68 17 29 17