

## 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 |

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.

MGH 2

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	3520	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAMSADDAK Amira Veuve FARTI
Nom & Prénom : LAMSADDAK Amira Veuve FARTI			
Date de naissance : 1953			
Adresse : 10, Rue IBN BAJA-Chantilly CASA ANFA			
Tél. : 0689226370	Total des frais engagés : 507,60 DH Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

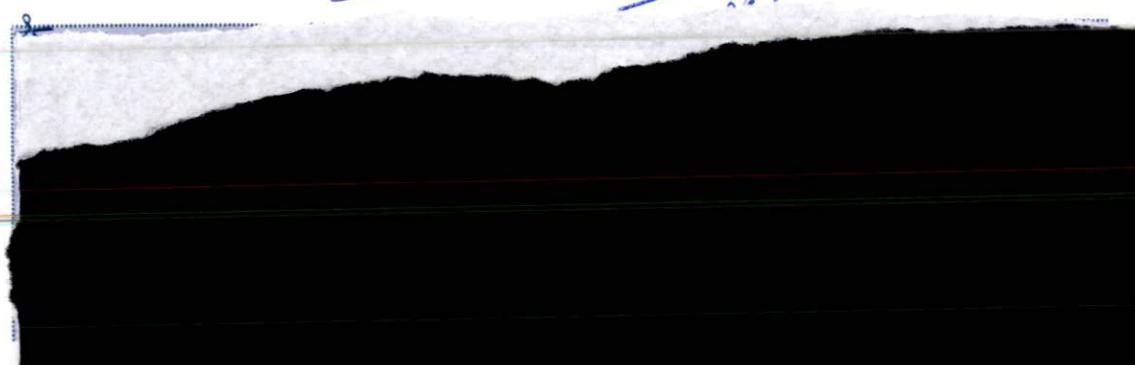
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	04/05/2022	LAMSADDAK Amira	
Nom et prénom du malade :		Age : 68	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		H. HAKANI	
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 : 06/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : J.



## **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
4/5/2012	6		300 M	INP : 8M 224711 Dr Mustapha Lahrizi Gastroenterologie

SABIR Mustapha  
Driss Lahrizi  
SAI/Cassan

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N. DABOUNI nou Ishak Al Maroufi (Maârif) A - Tél : 0322 25 03 71	09/05/12	207,60

**Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

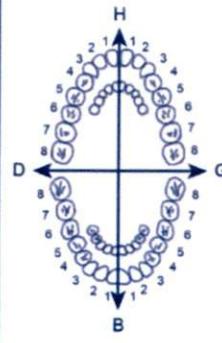
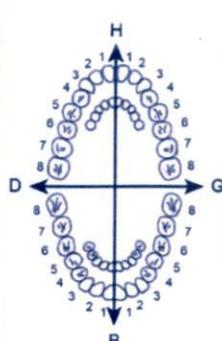
1

#### **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 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"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<hr/>																
				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 أمراض الجهاز الهضمي  
خريج كلية الطب بتولوز  
طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le ..... 09.05.2022 الدار البيضاء، في

Lamstoon Anno

122,80 -

Diazol 40 (144cc)  
1/feet — the art



67,80 2

Dazey  
210 x 2

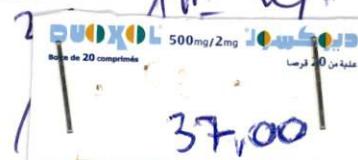


37,00

3. Doxycycline  
100 x 2



4. Desipatelin 200  
1/feet x 2



207,60



Dr. SABIR Mustapha  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGY  
26 Avenue Driss Lahrizi  
Tel: 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17

دازين 10.000 وحدة

سرابيتاز

٤٧١٨٠

40 قرصا ملبيسا

معدى - مقاوم

عن طريق الفم



مخابر سنتمديك  
20 - 22 زهرة زنجر بن العوام  
ال\_mxور السوداء - الدار البيضاء

PPV :

EXP :

Lot N° :

40 Comprimés entrobés gastro-resistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI



6

118000 181064

وحدات حببية مقاومة للعصارة المعدية

14

كبسولة  
عن طريق الفم

إزومبرازول



٤٠ ملغم

5  
PHARMA

١٨٢,٨٠