

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.

Nº W21-723707

23 26 12

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5985	Société :	RAM EX AGENT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUAFIR SAID			
Date de naissance : 26-11-1966			
Adresse : HABITUELLE			
Tél. :	0661172775	Total des frais engagés :	3886,00 Dhs

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

الدكتور الحسن السبيوي
Docteur Hassane SBIOUI
88, Bd Med El Meknassi Bourgogne Casa
شارع محمد المكناسي بورگن البيضاقة فنا
الهاتف : 05 22 26 91 80

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age: 56

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dysphagie

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 : 04 / 10 / 22

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TRAITS HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29 AOUT 2022		250		INP : 8981146199 الدكتور الحسن السبيسي Docteur Hassane SBIOUI 88- Bd Med El Meknès Bourgogne Casa شارع محمد السادس برباط الهاتف : 05 22 26 91 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.08.22	3 686,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

Docteur Hassane SBIOUT

Ancien Médecin au 1^{er} Bataillon Médical Militaire

Ancien Médecin Major de la marine royale

Médecine générale

Chirurgie dermatologique

Echographiste et doppler couleur abdominale et gynéco-obstétricale

Traitemet de la douleur

Centre de vaccination pour enfants et adultes

Traitement des maladies névrotiques psychiatrique

Psychothérapie de soutien

Diabète et maladies geriatriques

الدكتور الحسن السبيبو

Casablanca le

29 AOUT 2022

~~60,00~~

Debridat 55



~~55,00~~
~~27,95,00~~

Newomix

40 - 0 -



الدكتور الحسن السبيبو
Docteur Hassane SBIOUT
88, Bd Med El Meknass Bourgogne Casa
شارع محمد المكناسي بورgone تفنا
الهاتف : 05 22 26 91 80

~~71,00~~
NovoRapid

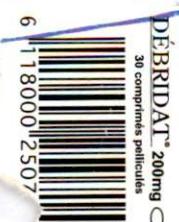
Alpro 150

14,6 - 15 - 0 x 3

Al pro 6
~~20,00~~
3686,00



الدكتور الحسن السبيبو
Docteur Hassane SBIOUT
88, Bd Med El Meknass Bourgogne Casa
شارع محمد المكناسي بورgone تفنا
الهاتف : 05 22 26 91 80



ریسپریزین 200

ریسپریزین 200

UT. AV. : 0 0 2 4

P.P.V

8 0 0 0

LOT N° : 802,00

09366153/2



88, Bd Mohammed El Meknassi Bourgogne. Casablanca

Téléphone 0522 26 91 80

البيضاء

الهاتف 0522 26 91 80

8-9670-73-270-2

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



8-9674-73-270-2

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH



6 118001 121298
8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

6 118001 121298
8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

6 118001 121298
8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

6 118001 121298
8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

6 118001 121298
8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH