

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3294

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAJEM AHMED

Date de naissance :

01/01/1952

Adresse : HAY LAALOU Rue 16 n°. 8 C. D.  
CASABLANCA

Tél. : 0622 09 87 67

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/08/2013

Nom et prénom du malade :

CHERATE NAJAT

Age :

64 ans

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cége Mu

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

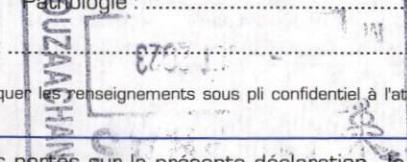
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent[e] :



Le : ..... / ..... / .....

## 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
2023			30000	Dr. SABIR M. MOHD. ABDULLAH 10, Avenue DSS 44, 13600 Kuala Lumpur, Malaysia

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mohamed Lahbabi	03/08/2023	293,40 DA

## 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	

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom right. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown with a dashed line and a solid line.

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 أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابقاً بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le

03.08.2023

الدار البيضاء، في

Centre Nafat

42,10

1.

~~Enzal 40 (14/14)~~

~~1pe/1 tu/1 rey~~

~~Disulfamid 200~~

~~1pe x 2 tu/1 rey~~

~~Carbastub Trans~~

~~1/4 x 2 tu/1 rey~~

~~Neofortan 160~~

~~1/4 x 2 tu/1 rey~~

~~Dr. LAHBABI M'hamed~~

~~1/4 x 2 tu/1 rey~~

~~Dr. SABIR Mostapha~~

~~1/4 x 2 tu/1 rey~~

~~Dr. SABIR Mostapha~~

~~1/4 x 2 tu/1 rey~~

82,10

دلاستان

لليلي 20 جرام

DULASTAN®

500mg/2 mg

Boîte de 20 comprimés

37,10

LOT: 230260  
PER: 03/2026  
PPC: 79,50DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 12/2025

LOT 2D023 13



06 68 17 29 17 - المحمول: 05 22 22 90 64 - الهاتف: 20 - الدار البيضاء 00000 - شارع الرئيس العزيزي

26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél: 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17

Email : mostaphasabir@gmail.com