

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.

M23-0024135

Optique **80679** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2018** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HESSANE Ochend**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 38 97 38 53** Total des frais engagés : **6.57,00 Dh** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **Hessane** **72** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Cély alk**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **21 23**

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
12 juil 23	4		300 N	Dr. SABIR M&P HEATC-65TC-ENT-1001 Avant le 10/04/65 Driss Lahizi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NASSIR Hassan Docteur en pharmacie S. Communal 153 05 37 71 2015070	12-10-2023	35780

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

'ET 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 اخصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيباً ملحق سابقاً بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 12 Oct 23 الدار البيضاء، في

HESSANE

ن.ج

1 52,80 x 2
1. fract 20

15

Fee / tu m

46,60 x 2
2. remedik

20

Fee x 3

30

Carbafib fram

30

1 79,60 x 2
3. muni

14 x 2, Afz

357,82

صيدلية بشرانزاران
Pharmacie Bir Anzarane

NASSIR Hassan
Docteur en Pharmacie
Bouznika
33, Avenue Driss Lahrizi
Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17
Email : mostaphasabir@gmail.com

Dr. SABIR M.D. Ph.D.
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
33, Avenue Driss Lahrizi
Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17

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



LOT: 230349
PER: 04/2026
PPC: 79.50DH



LOT: 230466
PER: 05/2026
PPC: 79.50DH

Prazol® 20mg
Omeprazole

14 gélules



6 118000 040644

6 118000 090953
Barcode

Boîte de 20 gélules
Trimedat® 150 mg

Respecter les
AMM : 39871
Uniquement su
Liste

Prazol® 20mg
Omeprazole
14 gélules



6 118000 040644
Respecter les
AMM : 39871
Uniquement su
Liste

Trimedat® 150 mg
Boîte de 20 gélules



6 118000 090953