

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

Le 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 : 341 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Al-Habiboulaud Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661141760 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/02/2024

Nom et prénom du malade : AT Nouroud Ahmed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Coryza

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 : Casa

Le 08/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

AB

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
06/06/2012	1		2	DR SABIR MUSSEH DENTO-GASTRO-ENDOSCOPIQUE 1 Avenue Ibn Sina 11165 Casablanca Tél : 05 22 82 07 55
26/06/2012				
27/06/2012				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSA Dr. Sabir Mousseh Gare Routière Casablanca Dent Kébab N° 38 - Casablanca Tél : 05 22 82 07 55	06/06/2012	126110

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS			
	H	G	B				
	25533412	21433552					
D	00000000	00000000					
	00000000	00000000					
	35533411	11433553					
D	H	G	B	DATE DU DEVIS			
D	H	G	B	DATE DE L'EXECUTION			
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 اخصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابقاً بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 08 n 2014 الدار البيضاء، في

AT Nour (Al Hamra)

79,50

46,60

186,10

1. Tumecat
186 x 2g. H2O mg

2. Carbonevain
140 x 2g. H2O mg

1's

1's

PHARMACIE MOSTAPHIR
Gard Kaid N° 38 - Casablanca
Dép. Tél. : 05 22 80 07 55

Dr. SABIR Mostapha
HEPATO-GASTROENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17

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

Email : mostaphasabir@gmail.com

LOT : 4138
PER : 05 - 28
P.P.V : 46 DH 60

LOT: 230788
PER: 09\2026
PPC: 79,50DH