

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIER 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-421157

148214

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10350		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	elhajia abdellah
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 0666 668877		Total des frais engagés DHS	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Dr. KHAIBER Boualem			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : maladie			
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 FEV 2013 Le : / /

S'agissant de l'adhérent :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE ASSURANCE 3647 Place et Rue PHARMA 3647 - Tel: 022-280586 Fax: 022-28047451	01/23/2004	517,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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"/>	
		$\begin{array}{r} H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur KHABER Bouchaïb

Ex. Interne des Hôpitaux de France

Médecine Générale

Echographie

D.I.U de Diabétologie et Nutrition
de Montpellier

Ex. Méd. Chef de la Polyclinique

Hay Mly. Rachid

Médecin Expert auprès des Tribunaux

Médecin agréé pour la Delivrance des Certificats
d'aptitude pour le permis de conduire

Tél. : 05 22 81 30 78

GSM : 06 61 14 50 50



الدكتور خابر بوشعيبي

داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا

الطبيب العام

الفحص بالصدى

دبلوم داء السكري والتغذية من مونبليي

رئيس سابق بمستشفى (ص.و.ض.ج.)

مولاي رشيد

دكتور خبير لدى المحاكم

طبيب معتمد لمنح شواهد رخص السياقة

الهاتف : 05 22 81 30 78

المحمول : 06 61 14 50 50

Casablanca, le 9. 1. 23 الدار البيضاء، في

El Hami Madelat

224.00 EFACT

S.N.

280.00 Total حiss

S.V.

3470 EFACT

S.V.

149.00 Budem N.

PHARMACIE
PUISSEANCE PHARMA
ngie place et Rue Sidi Maârouf
Casablanca Tel: 05 22 80 58 - RC 28564
P. 34647 277 - T. 05 22 74 44 74
P. 9355 9355 9355 9355

8210 EFACT

KHABER Bouchaïb
Medecine Générale
Sidi Maârouf 1 Rue 89 N° 154
CASABLANCA Tel : 81.30.78

517,80 1 gel

سيدي معروف (1) زنقة 89 الرقم 154 - الدار البيضاء

Sidi Maârouf (1) Rue 89 N° 154 - CASABLANCA

AMM N°. 250DMP/21/NNP

N° Lot: 2CN1161
Fab: 01/2022
Per: 01/2024
P.P.V.224.0 MAD



Lot: 3400931000679
CIP: M0060297



Exp.: 06/2025

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00



* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 *

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH): 32470

Lot N°: 0 6 6 R 0 3 0 B
FAB: 0 6 - 2 0 2 1
EXP: 0 6 - 2 0 2 3

PPV:149DH00



82,10