

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.

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° M21- 0015795

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7990 Société : RAM- 158531
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHAIRI ABDESAM
Date de naissance : 30/8/64
Adresse :
Tél. : 0661457109 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2023
Nom et prénom du malade : KHAIRI ABDESAM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la 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 : Le : 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/03/2023			713,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

01/03/2023 765,20

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

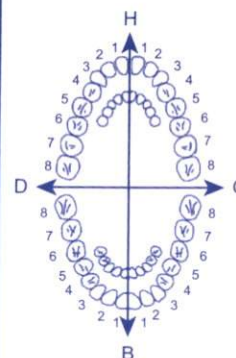
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Debut d'Execution

Fin d'Execution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

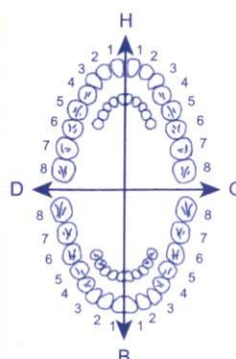
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ASSAD Bouchaib



* Médecine générale

* Diplôme universitaire de diabétologie et nutrition de l'Université de bordeaux (France)

* Certificat universitaire d'Echographie

* Diplôme universitaire de médecine du sport de l'Université de Nice (France)

* EX Médecin Chef des Services des Urgences

* Médecin agréé par le ministre de la santé

Visite médicale / Permis de conduire

الدكتور أسد بوشعيب

الطب العام

* دبلوم جامعي في أمراض السكري والتغذية

* من جامعة بوردو بفرنسا

* شهادة جامعية في الفحص بالصدى

* دبلوم جامعي في الطب الرياضي من جامعة

* نيس بفرنسا

* طبيب رئيسي سابق بقسم المستعجلات

* طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

* الفحص الطبي / رخصة السياقة

le 01/03/2023

KHAIRI Aboulkhalam

56,60x4

- Stinloa 10 (100 mg)

14/1

35,70x4

- Almoz 10 (100 mg)

14/1

132,00x3

- Paroxetine 20mg (20 mg)

765,20x16/1

Docteur ASSAD Bouchaib
Médecin Généraliste
Visite médicale / Permis de conduire
Imm 3 GH 2, Assalam 1 Oulfa - Casablanca
Tél : 06 30 74 97 97

Dr BENHADJ KARIM
Pharmacien
32 Oulfa - Casablanca
Tél : 06 22 93 22 31

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
LOT : 22E007
PER : 06 2025
P.P.V : 132DH00
118000 062301

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
LOT : 22E004
PER : 05 2026
P.P.V : 56DH60
118000 061465

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
LOT : 22E004
PER : 05 2026
P.P.V : 56DH60
118000 061465

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
LOT : 22E004
PER : 05 2026
P.P.V : 56DH60
118000 061465

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
LOT : 22E007
PER : 06 2025
P.P.V : 132DH00
118000 062301

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
LOT : 22E004
PER : 05 2026
P.P.V : 56DH60
118000 061465

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
LOT : 22E007
PER : 06 2025
P.P.V : 132DH00
118000 062301