

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7990

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHAIRI

ABDESLAM

Date de naissance :

30/08/64

Adresse :

Tél. :

0661457109

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

AR
Bouchib

Date de consultation :

01/03/2023

Nom et prénom du malade :

KHAIRI Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Seizy

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) :



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
05/03/2013	Consultation	1	130,00	Docteur ASSAD Bouchiba Médecin 06 20 74 97 91 08 99 74 97 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Benhadi Karmi	01/03/23	765.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left labeled 'D', the horizontal axis to the right labeled 'G', and the vertical axis pointing down labeled 'B'.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ASSAD Bouchaib



الدكتور أسد بوعصي

الطب العام

- * دبلوم جامعي في أمراض السكري والتغذية
- * من جامعة بوردو بفرنسا
- * شهادة جامعية في الفحص بالصدري
- * دبلوم جامعي في أطباب 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 Ahdallah

56,60x 4
- 87,10x 10 (Cath 3mm)

14,1)

35,70x 4
- 41,00x 10 (Cath 3mm)

14,1)

132,00x 3
- 132,00x 3 (Cath 3mm)

Paroxétine 20mg (Cath 3mm)

765,20/14,1)

Docteur ASSAD Bouchaib
Médecin Généraliste
Visite médicale et conduire
Immeuble N°3, GH 2, Appartement N°94 El Oulfa
Tél: 06 30 74 97 97

AS 21/03/23
Dr. BENHADIA
Pharmacie Dar Assalam
32 Oulfa Casablanca
Tel: 05 22 93 22 37

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V :132DH00
6 118000 062301

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
6 118000 061465

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
6 118000 061465

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
6 118000 061465

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V :132DH00
6 118000 062301

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
6 118000 061465

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V :132DH00
6 118000 062301