

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2340

Société : Nicot. Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....  
10.3.55

Nom & Prénom : 10.3.55

Date de naissance : 10.3.55

Adresse : 22 Agadir

Tél. : 06 14 44 69 94

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12.05.2022

Nom et prénom du malade : KAMAL

Age : .....  
55 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Bronchite

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
Maladie

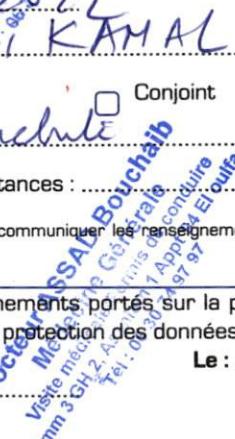
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : KAMAL



### 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
12/05/2022	Docteur ASSAD Bouchair	Vaste médical	130,00 €	Docteur ASSAD Bouchair Médecin à la carte Vaste médical Tél : 06 30 74 97 97

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA HOSPITALISATION Ordonnance FIRDAOUS GH26 IMM 249 N°1 Signature : Tél : 05 22 93 17 73	12/05/22	139,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

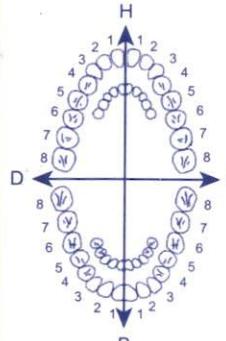
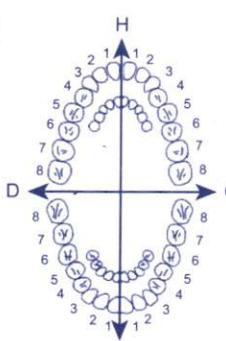
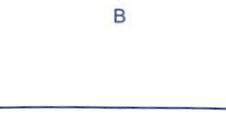
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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												

# 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 بوعبيب

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 المستجلاط
- \* طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- \* الفحص الطبي / رخصة السياقة

- le 12/05/2022

ALAMI KAMAL

79.70

1) Zithromax 500  
1 tab X 30 SV

18.50 2) Doliprane 500  
1 tab 3x30 SV

42.00 3) PRERYN 20mg  
34/1 tab x 65 SV

R 139.20  
PHARMACIE HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
Connaissance ALFRED SUGHRIBI N°249 N°3  
Casablanca Imm 3 GH2 Assalam 1 Appartement 94 El ouffa  
Tel : 06 30 74 97 97

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):

4200

PPV 18 DH 00  
PER 02 / 25  
LOT L 783

UT. AV. : U S 20

LOT N°: FMO 7920

P.P.V.

7920

09366030/4