

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

- 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 : **7090**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KHAIRI**

ABOUSUAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661452109**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **21/11/2022**

Nom et prénom du malade : **KHAIRI Abousuan**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **SEIZUEUR**

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 : **21/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **KHAIRI**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

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 GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ASSAD Bouchaib



الدكتور أسد بوعشيب

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 السيارة

11/11/2022

Khairi Abdellah

Stfilmax 10

- 100 mg 1/4 hlm au couchage

- Alpraz 0.5 Cat

132,00 + 100 mg 1/4 hlm

Paroxetine 20 mg

827,80

Docteur ASSAD Bouchaib
Médecine Générale
Visite médicale et permis de conduire
Immeuble N°3, GH 2, Assalam 1 Apt 94 El ouffa
Tél: 06 30 74 97 97

Docteur ASSAD Bouchaib
Médecine Générale
Visite médicale et permis de conduire
Immeuble N°3, GH 2, Assalam 1 Apt 94 El ouffa
Tél: 06 30 74 97 97

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V :132DH00
PER.:02 2025



6 118000 062301 0

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V :132DH00
PER.:02 2025



6 118000 062301 0

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V :132DH00
PER.:02 2025



6 118000 062301 0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER.:01 2026



6 118000 061465 0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER.:01 2026



6 118000 061465 0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER.:01 2026



6 118000 061465 0

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V :56DH60
PER.:01 2026



6 118000 061465 0

Alpraz[®]
Alprazolam



LOT	223081	1
EXP	09	2025
PPV	35	70

Alpraz[®]
Alprazolam



LOT	223081	1
EXP	09	2025
PPV	35	70

Alpraz[®]
Alprazolam



LOT	223081	1
EXP	09	2025
PPV	35	70

Alpraz[®]
Alprazolam



LOT	223081	1
EXP	09	2025
PPV	35	70