

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.

M23-0026444
197964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	<i>6086</i>	Société :	<i>RAM</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Re/kroul</i>
Nom & Prénom :		<i>Souaii ABDELLAH</i>	
Date de naissance :		<i>23.05.1957</i>	
Adresse :		<i>Masri Hassania 111C IV - 48000 CASA</i>	
Tél. :	<i>0667045714</i>	Total des frais engagés :	<i>..... Dhs</i>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<i>14.11.2013</i>	Age :	<i>.....</i>
Nom et prénom du malade :	<i>Souaii Abdellah</i>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Hypertension artérielle, Colopathie, Artérite</i>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : / /

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
MM/11/23	Docteur ASSAD Bouchair	Générale Permis de conduire Assalam 1/97/94 El oufia	2150,00	Docteur ASSAD Bouchair Medecine Générale Permis de conduire Assalam 1/97/94 El oufia

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Massira DR. Lalla HAOUZI Lot Massira Casablanca	11/11/23	752,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

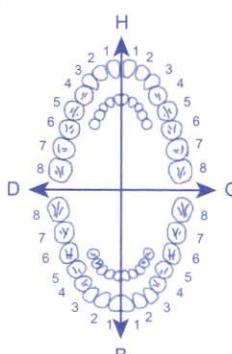
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">H</td> <td style="width: 33%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	21433552															
25533412	00000000															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
MONTANTS DES SOINS																
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ASSAD Bouchaib



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 العurgencies
* طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة

* الفحص الطبي / رخصة القيادة

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

14/11/2023
Sou A. Dr Abdellah
Docteur ASSAD Bouchaib
N°104-A-1112023
Visite médicale / Permis de conduire
Immeuble N°3, GH 2, Assalam 1, Appartement N°94 El Oulfa
Tel : 06 30 74 97 97

Coveram 5/5 CM de orme
1 CP1
Acticarbine 70 MG Comp (84)
PPV 46,90 DH SOTHEWA
6 118001 070015

ACTICARBINE 70 MG Comp (84)
PPV 46,90 DH SOTHEWA
6 118001 070015

143 mg contenus
1 unimat 81
1 les 3 x)
- Dicks 50

LOT : 7126
PER : 08 - 28
P.P.V : 30 DH 80

1 CP < mkg
Docteur ASSAD Bouchaib
Médecine Générale / Permis de conduire
Visite médicale / Permis de conduire
Immeuble N°3, GH 2, Assalam 1, Appartement N°94 El Oulfa
Tel : 06 30 74 97 97

LOT : 5940
PER : 07 - 26
P.P.V : 31 DH 10

عمارة رقم (3) المجموعة السكنية (2) - الشقة (49) ملهم حي الليمون (1) الألف البيضاء الهاتف :

Immeuble N°3, GH 2 Appartement N°94, Assalam 1 Oulfa - Casablanca - Tél.: 06 30 74 97 97

208,00

208,00

208,00