

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.



174340

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014846

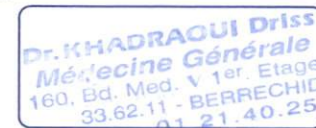
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10186 Société : R-A-M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Krim Driss Date de naissance : 10-04-59
Adresse : 01 Rue El JANBAR My El Youssef Bensaid
Tél : 066 126 60 78 Total des frais engagés : 100 + 495 40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/7/2023
Nom et prénom du malade : SA BENE + FLEUR 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /


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.

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

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
1-7-73	L	on	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/07/23	495,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

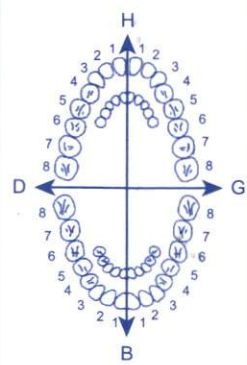
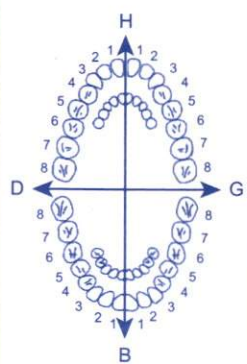
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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. Haj Driss KHADRAOUI

الدكتور الحاج إدريس الخضراوي

MÉDECINE GÉNÉRALE

Ancien Interne des

Hôpitaux de France

160, BD Mohammed V

1^{er} Etage - Berrechid

Tél. : 05 22 33 62 11

GSM : 06 61 21 40 25

الطبيب العام

طبيب داخلي سابق

بمستشفيات فرنسا

160 شارع محمد الخامس

الطابق الاول - برشيد

الهاتف: 11 05 22 33 62

المحمول: 25 06 61 21 40

ORDONNANCE

01.7.2023

KRIM DRISS

281,00

1. gélule Mages 1000

1 cp / 8. x 21.

381,00

2. Nibalex 40

1 cp.

14,60

3. Doliprane 15

12 x 31.

132,00

4. Aclar 150

1 Mar /

66,80

5. Voltaren 50

1 cp / 21.

495,40

Pharmacie KHADRAOUI
642, Rue Medel Halaoui Tisserat
Berrechid - Tél: 0522 33 62 11

Dr. KHADRAOUI Driss
Médecin Généraliste
160, Bd Mohammed V - 1^{er} Etage
33 62 11 - BERRECHID
05 22 33 62 11
06 61 21 40 25

LOT: M21143
EXP: OCT 2025
PPV: 66.80 DH

PPV 140H60
ER 07/25
OT 2435

LOT : 2855
PER : 09-24
PPV : 132DH00

LOT 221661
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

LOT 221661
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

LOT 230009
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

LOT 230393
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

LOT 230752
EXP 05/2026
PPV 28.00DH

LOT 221661
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

LOT 230752
EXP 05/2026
PPV 28.00DH

38,00
(50 X 20 X 114) mm

38,00

38,00
(50 X 20 X 114) mm