

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0009472

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 501 Société : 132447
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Boudraa med Hamza
Date de naissance : 11 / 12 / 1983
Adresse : 31, rue point du jour Apt 16 Racine
Tél. : 0666 29 35 31 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 13 OCT 2022
Nom et prénom du malade : R. Boudraa med Hamza
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection respiratoire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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.

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
19/10/22	Cg	1	30000	
19/10/22	19	1	30000	
19/10/22	5 pt	1	60000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/22	353,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

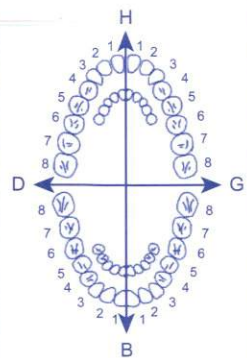
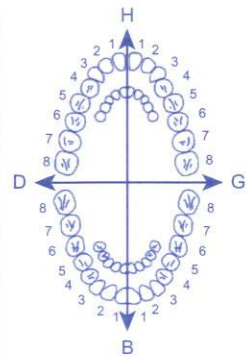
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				Coefficient 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

19/07/2022 16:47

Dr Rachid EL KHETTAR

Préscription | Pratisoft - Solution pour la santé

Cabinet d'Explorations Respiratoires

PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

P
pneumorek
Adultes - Enfants

Casablanca le :19/07/2022

MR BOUDRAA MOHAMED HAMZA

- Zithromax 500 mg
1 cp le soir 3 jours
- Clenil forte
2 dose matin et soir 1 mois
- Fitorax sirop
1 cas matin midi et soir 5 jours ou é
- Algik 500 mg / 50 mg
1 comprimé, matin, midi, soir 5 j
- VITAMAG Magnésium 150
1 comprimé, matin 1 mois
- zerostatVT spacer

Lot :
A consommer
avant le :
PPC : 29/90 DH

210938
01/2025



UT.AV. : 1 2 2 3

LOT N° : F W 4 1 4 4

P.P.V.

7 9 7 0

09366030/4

13,20

86,50

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

<https://192.168.1.25/pratisoft/v/14397-24166/prescription/list>

E-mail : pneumorek@gmail.com

الدكتور رشيد الخطار
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
 البالغين - الأطفال

Pneumorek
 Adultes - Enfants

Casablanca le :19/07/2022

Note d'honoraire

MR BOUDRAA MOHAMED HAMZA

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
Radiologie thoracique Z12	1	300,00 Dh
EFR SPIROMETRIE K30	1	600,00 Dh
Total		1 200,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
 mille deux cents dirham(s)

Docteur Rachid EL KHETTAR
 Pneumologue
 175, Rue Boukraa - Casablanca
 Tél: 05 22 49 23 35
 ICE: 001584533000011

Résidence Houssam Jassim

 175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

<https://192.168.1.25/pratisoft/v/14397-24166/prescription/list>

E-mail: pneumorek@gmail.com

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue Allergologue

Casablanca, le 19/07/2022

COMPTE RENDU

Mr BOUDRAA MED Hamza

Cœur de volume normal

Culs de sac libres

Champs pulmonaire libre

AU TOTAL

Cliché pulmonaire normal.

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraf - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 15
ICE: 001584502000000

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraf - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 15
ICE: 001584502000000