

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059730

133107

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10480 Société : R. A. M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRIM Driss

Date de naissance : 10-4-59

Adresse : 81 Rue AL MENBAR Hy EL Youssouf Benachid

Tél. : 0661266278 Total des frais engagés : 404,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. KHADRAOUI Driss**  
**Médecine Générale**  
100, Bd. Med. V 1er. Etage  
33.62.11 - BERRECHID  
01 21.40.20

Date de consultation : 10/10/22

Nom et prénom du malade : Krim Driss Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs + gastro

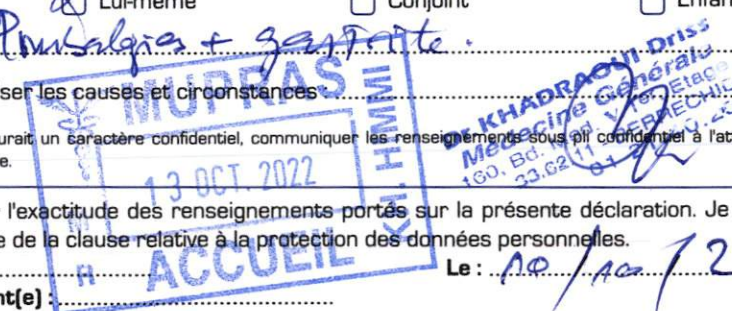
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 10/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

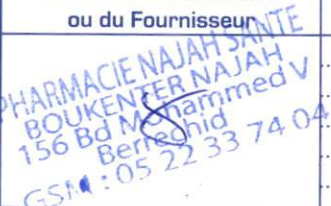




### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/20	C	01	150,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/20	254,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

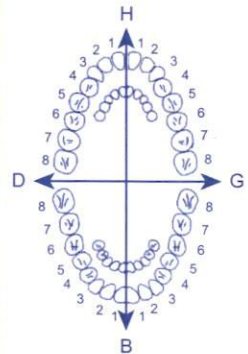
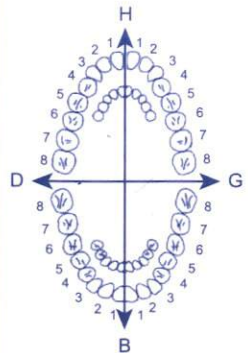
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <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

MEDICINE GENERALE

Ancien Interne des  
Hôpitaux de France

160, BD Mohammed V

1<sup>er</sup> Etage - Berrechid

Tél. : 05 22 33 62 11

GSM : 06 61 21 40 25

Dr. Haj Driss KHADRAOUI

Médecine Générale Expert

Assermenté Près les Tribunaux

Berrechid - Tél. : 022.33.62.11

GSM: 061.21.40.25

الطبيب العام  
طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات فرنسا

160 شارع محمد الخامس

الطابق الاول - برشيد

الهاتف: 05 22 33 62 11

المحمول: 06 61 21 40 25

ORDONNANCE

10/10/2022

KRIM. DORIS

55,00 1. amoxic 15

15x21

SV

52,80 2. Auleeb. 20

15x15

SV

32,00 3. Népal 15

15x15

SV

42,00 4. Dr. Qui 20

3x15x15

SV

53,10 5. Relaxal. 50

12x34

SV

00,00 6. Felvex. 10

12x34

SV

PHARMACIE NAJAH SANTE  
BOUKENTAR NAJAH  
156 Bd Mohammed V  
Berrechid  
Tél: 05 22 33 74 04  
GSM: 05 22 33 74 04

PHARMACIE NAJAH SANTE  
BOUKENTAR NAJAH  
156 Bd Mohammed V  
Berrechid  
Tél: 05 22 33 74 04  
GSM: 05 22 33 74 04

Dr. Haj Driss KHADRAOUI  
Médecine Générale Expert  
Assermenté Près les Tribunaux  
Berrechid - Tél. : 022.33.62.11  
GSM: 061.21.40.25

PPV: 55,00 DH  
LOT: 643392  
PER: 03/24

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22051  
PER: 12/2024  
PPV: 52,80 DH

32,00

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

42,00

RELAXOL 500MG/2MG

CP 120

P.F.V: 53DH10

LOT: 21E015  
PER: 10/2024



PHARMED

LOT : 9750

UT. AV : 06-24

PPV : 20DH00