

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

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.

M22- 0006343

143807

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 101186 Société : R-A-11

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KRIM DRISS

Date de naissance : Janvier 1959

Adresse : 81 Rue Al NABAR HY Elyoussfi Ben Abdellah

Tél. : 0661266078

Total des frais engagés : 465 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 JAN 2023

Nom et prénom du malade : KRIM DRISS

Age : 64

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lumbalgies / gastrite

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 : 03/01/2023

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
13/12/22	c	0.1	150,00	Dr. K.HADDOUJI Médecin Dentiste et Elago 160, Bd. Abderrahmane Berrechid 33-62-11-07-14-10-25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAGEN NAIJA BOUKEN NAJAH 156 Bd Mohammed V Berrechid GSM: 05 22 33 74 04	13/12/22	345,60

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION
	H	21433552	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Haj Driss KHADRAOUI
MEDECINE GENERALE

Ancien Interne des
Hôpitaux de France
160, Bd. Mohammed V
1^{er} Etage - Berrchid
Tél.: 022.33.62.11
GSM : 061.21.40.25

ور العاج إدريس الخضراوي
الطب العام
طبيب داخلي مسابق
مستشفيات فرنسا
شارع محمد الخامس
الطابق الأول - برشيد
022.33.62.11
الهاتف : 061.21.40.25
المحمول :

ORDONNANCE

KRIM-DRISS

2090 1. - Phenind 100
 $\frac{1}{2} \text{g} \times 21$

5280 2. - Dulcer. cp.
1cp 1/2 (cure)

2270 3. - Rizatriptane
10mg x 31,5

1460x2 4. - Deliprane 18 (2b/2)
 $\frac{1}{2} \text{g} \times 2$

2920 5. - Tizanidine p.
26515.

1490,00 6. - Melox. p.
285.15.

315,60

Dr. K.HADRAOUI Driss
Médecine Générale
160, Bd. Mohammed V 1^{er}. Etage
022.33.62.11 - BERRCHID
GSM : 061.21.40.25

PHARMACIE NAJAH SANTÉ
POUKENTER NAJAH
756, Bd Mohammed V
Berrechid
GSM : 05 22 33 74 04

