

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



Déclaration de Maladie

M22- 0006343

143807

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10186 Société : R-A-11

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KRIM DRISS

Date de naissance : 12-4-59

Adresse : 81 Rue AL MANBAR HY EL Youssef Bensabit

Tél : 0661 26 60 78 Total des frais engagés : 465 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KHADRAOUI
Médecine Générale
160, Bd. Med. V 1er. Etage
33.62.11 - BERRECHID
01 21.40.25

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KRIM DRISS Age :

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

Nature de la maladie : lumbalgies / genou.

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 : 13/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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
13/12/22		01	150,00	Dr. K. HADRAZOU Médecine Générale 160, Bd. Mod. 1 ^{er} Etage 33.62.11 BERRECHID 07 41 40 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NATAH BOUKENTAR NAJAH 156 Bd Mohammed V Berrechid GSM : 05 22 33 74 04	13/12/22	315,60

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														
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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
MEDECINE GENERALE

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

دور الحاج إدريس الخضراوي
الطبيب العام
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات فرنسا
160 شارع محمد الخامس
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 022.33.62.11
المحمول : 061.21.40.25

ORDONNANCE

13/12/2022

KRIM - Driss

- 7090 1 - Profenid 100
16 x 21;
5280 2 - Auler. 50
14 x 1; (500)
2270 3 - Rimicin
16 x 31;
1460 x 2 4 - Doliprane 1g (26 x 5)
2920 5 - Vitam. D3
26 x 5;
140,00 6 - Uro. p 1/2
26 x 5; 1/2

315,60

Dr. KHADRAOUI Driss
Médecin Généraliste
160, Bd. Mohammed V, 1^{er} Etage
23.62.11 - BERRICHID
061.21.40.25

PHARMACIE NAJAH SANTE
BOUKENTER NAJAH
156 Bd Mohammed V
Berrichid
GSM : 05 22 33 74 04

PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V : 70DH90
LOT: 609028
PER: 06 2023
6 118000 060802

AMM N° : 569/17 DMP/21/RQ
LOT: 22064
PER: 12/2024
PPV: 52.80 DH
CO-990011

22, 70

PPV 14 DH 60
PER 06 / 25
LOT 12191

PPV 14 DH 60
PER 06 / 25
LOT 12179

LOT: 150322
PER: 07-18
PPV: 16.00DH

Pour les indications
PPV: 140.00 Dhs
1050
MFG. : 02/2022
EXP. : 01/2027