

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.



Déclaration de Maladie
M22- 0006342

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10186 Société : R-AM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 188691
 Nom & Prénom : Krim Driss
 Date de naissance : 10-4-59
 Adresse : 81 Rue Al FARABY Hy Hy Youssef Berrad
 Tél : 0661266078 Total des frais engagés : 355,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHADRAOUI Driss
 Médecine Générale
 160, Bd. Méd. V 1er. Etage
 33.62.11 - BERRACHID
 01 21 40 25

Date de consultation : 16/10/2023
 Nom et prénom du malade : (Diabète) Krim-Driss Age : -
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + Flexe
 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 : 16/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :
 Signature du médecin : 16/10/2023

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
16/10/23	C	01	150,00	Dr. KHADRAOUI DRIS Médecine Générale 160. Bd. Med. V. Etage 33.62.11. BERRECHID 021 40.25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/10/23	375,30
062036439		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

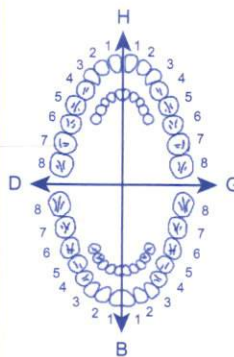
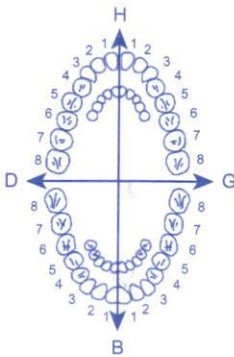
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Haj Driss KHADRABOUI

MEDICINE GENERALE

Ancien Interne des

Hôpitaux de France

160, BD Mohammed V

1^{er} Etage - Bérrechid

Tél. : 05 22 33 62 11

GSM : 06 61 21 40 25

الدكتور الحاج إدريس الخضراوي

الطب العام

طبيب داخلي سابق

بمستشفيات فرنسا

160 شارع محمد الخامس

الطابق الأول - برشيد

الهاتف 11: 05 22 33 62

المحمول: 06 61 21 40 25

ORDONNANCE

16/10/23

KRIM, DRISS

38,00

3

- paralex. 60

28,00

2

- glucophage 18

1555 x 2 (1 - 0 - 1) x 3 min

14,60

3

- Doli-prane 18 g/l

17 x 34

31,20

2

- Brucelactul - 8

21,00

5

- Fehex 54

26,50

6

- Skrimosalic - 18

165,

T = 375,30
Bérrechid - Tél: 0522 32 87 30
642, Rue Medel Khadraboui Tisair II
Dr. Med. KHADRABOUI

Pharmacie KHADRABOUI

Dr. KHADRABOUI Driss
Medicine Generale
160, Bd. Med. V 1^{er} Etage
Bérrechid - Tél: 0522 32 87 30
01 21 40 25

38,00

LOT 30223
EXP 07/25
PPV 28.00DH

38,00

PPV 14DH6
PER 07/25
LOT M2533

BRONCHATHIOL®
Carbocistéine 5%
PPV 31DH20
PER 07/25
LOT L2587
ADULTE

28,00

LOT 221661
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

PHARMED
LOT : 5556
UT.AV : 07-26
PPV:21DH00

LOT 210753
EXP 05/2026
PPV 28.00DH

26,50

LOT 221257
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

LOT 221661
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

LOT 230753
EXP 05/2026
PPV 28.00DH