

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0856 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ZIDANI Abdellatif

Date de naissance : 04/08/1969

Adresse : Rue 2 Jilfa 37 groupe IV EL OULFA

HAY HASSENA

Tél. : 0661001385

Total des frais engagés : 258,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mustapha QUDIRI

Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie

Diplôme en Diabétologie

49, Bd 2 Mars N°2 Casablanca

Tél. : 0522 20 00 16 0522 20 11 04

Date de consultation : 14/06/2023

Nom et prénom du malade : AMRAOUI Abdellatif ZIDANI

Age : 57 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : CASABLANCA

Le : 14/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : ZIDANI

ZIDANI

## 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
14/06/2023			6	Spécialiste en Médecine Dentaire Dolomé en Radiologue 49 Bd 2 Mars N° 7 Télé : 0522 26 02 46 / 0522 21 10 05

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature du pharmacien	14/06/2023	258,70

## 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS
	B 35533411		B 11433553	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة الطب الباطني وطب المسنين

CABINET DE MÉDECINE INTERNE ET DE GÉRIATRIE

Dr. Mustapha Oudrhiri

الدكتور المصطفى ودغيري

- Spécialiste en Médecine interne et en Gériatrie
- Diabétologie, Echographie générale
- Ancien médecin des hôpitaux de Paris
- Ancien médecin de l'hôpital militaire Mohamed V de Rabat
- Membre de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie



- أخصائي في الطب الباطني وطب المسن
- دبلوم جامعي في مرض السكري
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- طبيب سابق بمستشفيات باريس
- طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
- عضو الجمعية الفرنسية لطب المسن

Casablanca, le 14/06/2021

MME AMRAOUI EP ZIDANI LATIFA

SPASFON-LYOC  
LYOPH.ORAL (10)  
Zenith Pharma  
P.P.V. : 19,50 DHS

1. Spasfon lyoc 80 mg

1 dose, matin et soir si douleurs abdominales

2. Dermofix 2%

1 application x2/j pendant 15 jours

3. Titanoreine à la lidocaïne 2%

1 app, matin, soir, pendant 10 jours

4. Flagyl 500 mg

1 cp matin et soir après les repas, pendant 07 jours

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. : 490DH



Br Mustapha OUDRHIRI  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplômé en Diabétologie  
49, Bd 2 Mars N°7 Casablanca  
Téléphone : 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04 - Email : oudmus@yahoo.fr

LOT : 200615  
PER : 05/23  
PPV : 16,00 DH

49.80  
250.30

PHARMACIE D'UNIL  
49, Bd 2 Mars Casablanca

INPE : 091165605

Rendez-Vous : .....

49, Bd. 2 Mars, Imm les Roseaux, 2ème étage, Appt N°7 (à côté du lycée Mohammed V) - Casablanca

05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04 - 06 66 35 25 99



www.doudrhiri.com



Email : oudmus@yahoo.fr

 <b>MUPRAS</b> Mutualité de Prévoyance d'Air Maroc de Royal Air Maroc	<b>DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :</b> <b>VALABLE UN AN</b>	<i>Code : PR2FR04</i> <i>Version : 02</i> <i>Date : 05/05/2023</i>
---	--	--

N° : 856

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

**Nom et prénom :**

ZIDANI Abdelfatih

**Matricule :**

0856

N° CIN:

B699333

**Adresse :**

Rue 2 Villa 37 gnr W EL OULFA Casablanca

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent

Conjoint

Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**

Spécialité : Med Intern / Généraliste

**N° ICE :**

N° INPE : 081165605

**Certifie que Mlle, Mme, M. :**

Amel Fakir Latifa. EP ZIDANI

**Nécessitant un traitement d'une durée :**

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

Hypothyroïdie

**Dont ci-joint ordonnance :**

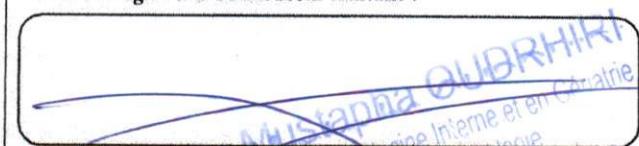
**Traitements prescrits :**

Levothyrox + Levothyrox

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : Casablanca le 14/06/2013

**Cachet et signature du médecin traitant :**



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées