

# 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

- Reclamation : 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 : 15135

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : J. Amay Amin

Date de naissance : 24/11/75

Adresse :

Tél. : 066627272

Total des frais engagés : 422.304 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/23

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection rhumatoïde

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 : 30/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

J. Amay Amin

# 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
35/12/2023	CS	1	300,00	<i>Dr. OUADHIRI Radiologue 223, Bd Abdellatif Ben Rédha Tel: 05 22 27 23 77 GSM: 0667 27 98 03 INPE: 091116103</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou de Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/23	189,80

## 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 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Rachid OUADGHIRI

Médecin Spécialiste en Rhumatologie

Os - Articulation - C.V et Muscles

Membre de la Société Marocaine  
de Rhumatologie

Ancien Médecin à l'Hôpital  
Universitaire El Ayachi de Salé

Expert auprès des Tribunaux



# الدكتور رشيد ودغيري

طبيب اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام - المفاصل - العمود الفقري والعضلات

عضو بالجمعية المغربية لأمراض الرثة

طبيب سابقاً بمستشفى

الجامعي العيashi بسلا

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 30. 12. 20 الدار البيضاء، في :

M. ZARARY Amine

96.00

Myoflo flix up - A.S opérations 4 mois

28.80

vitanerit fort

122.80

A.S opérations 4 mois

A.S - 1

GTIN: 06118001260850

LOT: 4054

MFG: 10 2022

EXP.: 10 2025

PPV: 94hs00



PPV

LOT

PER

28.80

Dr. OUADGHIRI Rachid  
Chirurgie Rhumatologique  
223, Bd Abdellatif Ben Reda Casa  
Tél 05 22 27 24 77 GSM 06 67 27 98 58  
INPE 091116103

إقامة رضا عبد المؤمن، زاوية شارع عبد المؤمن وساحة شارل نيكول الطابق 2 - الشقة - الدار البيضاء

223, Résidence REDA Abdelmoumen Angle Bd. Abdelmoumen et place Charle Nicole, 2<sup>ème</sup> étage Appt. 16  
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 27 24 77 - GSM : 06 67 27 98 58 - Email : r.ouadghiri@gmail.com