

# 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.

## adiologie 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.

## otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## adie 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.

Nº P19-

ND : 34044

063896

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02042

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHEBBAT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0626679673

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

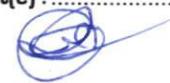
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 21/07/20

Signature de l'adhérent(e) :





MUPRAS

DECLARATION MU 006805

VOL ET ADHERENT

Matricule N° : 02-49  
Nom du patient : SABRA I.  
Date de dépôt : 26/02/00  
Montant engagé 760,00  
Nombre de pièces jointes : 10

Nom & Prénom : <u>du patient</u>		Age : <u>19</u>
Lien de parenté avec l'adhérent : <u>Conjoint</u>		
Date de la première visite du médecin :		
Nature de la maladie : <u>Maladie</u>		
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances		
Signature et cachet du médecin		
Durée d'utilisation 3 mois		

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITEMENT

FEUILLE DE SOINS MU 006905

E-mail : mupras@RoyalairMaroc.co.ma

TELEX / 3998 MUT

FAX / 05 22 91 26 52

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

CASABLANCA

AEROPUERTO CASA ANFA

AFROGLOBE GASEANEA

DATE DE DEPOT

M U P R A S



## Conditions Générat

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

<b>POUR L'ADHERENT</b>	
<b>SF</b> =	Actes pratiques par la sage-Femme et relevant de sa compétence
<b>SFI</b> =	Soin(s) infirmiers pratiques par la sage-femme
<b>AMM</b> =	Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
<b>AMI</b> =	Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
<b>AP</b> =	Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
<b>AMY</b> =	Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
<b>R-Z</b> =	Acte de pratique médicale courante et de petit chirurgie
<b>B</b> =	Analyses

POUR L'ADHÉRENT

<b>AMI</b>	=	Visite du patient ou du malade pour l'infarctus du myocarde
<b>AP</b>	=	Visite du malade pour l'infiltration ou l'infiltrème
<b>APP</b>	=	Acès pratiqués par le patient
<b>APM</b>	=	Acès pratiqués par un orthophoniste
<b>AMY</b>	=	Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
<b>R-Z</b>	=	Visite de pratique médicale courante et de petite chirurgie
<b>B</b>	=	Acès de chirurgie et de spécialistes

EN CAS D'URGENCE

- LES INTERVENITIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- OSPITALISATION EN SANATORIUM OU ENVENTORIUM
- OSPITALISATION EN HOPITAL
- OSPITALISATION EN CLINIQUE
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

LES ACTES SOUMIS À ACCORD PRÉALABLE

Le bulletin d'information de la Mutualité peut être demandé préalablement à l'application de ces actes pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutualité une demande d'information préalable remise par son médecin traitant.

acutes d'urgence échappant à la procédure dentaire préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures au Service Multidisciplinaire qui donnera ou non son accord. Cette feuille complète par le praticien, à l'occasion de chaque visite ordonnaunce médicale chaque visite ou exécution de chaque ordonnaunce médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.

## 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
15/07/2020	G		300,00	Dr MUSTAPHA OUDHIRI Spécialiste en Médecine Interne et en Diabétologie Diplôme en Diabétopathie 49 Bd 2 Mars N° 7 - Casablanca Tél : 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FATEH Lissabfa - Tél: 0522.83.79.26	16/07/2020	460,00 DH ICE: 0004001000000000

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D B	G		MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANT DES SOINS
	D	G		DATE DU DEVIS
	B			DATE DE L'EXECUTION
	(C)	Fonction		
			GTIN : 16118001301031 Lot N° : AA15102 EXP. : 05/2021 S.N. : CD108382074354	ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E
			PPV 142DH40	
	VISA	NATTEST.		

**عيادة الطب الباطني وطب المسنين**  
CABINET DE MEDECINE INTERNE ET DE GÉRIATRE

**Dr.Mustapha Oudrhiri**

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



**د. المصطفى ودغيري**

أخصائي في الطب الباطني وطب المسنين  
دبلوم جامعي في مرض السكري  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدري  
طبيب سابق بمستشفيات باريز  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس برباط  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le : ..... 15/07/2020

**MME SABRI IZZA**

$13,60 \times 3 = 40,80$

1. Levothyrox 50 $\mu$ g

1 Comprimé le matin, avant les repas, pendant 03 mois

$6,80 \times 3 = 20,40$

2. Levothyrox 25  $\mu$ g

1 cp/j avant le repas du matin pendant 03 mois

$148,00$  3. Cationorm emulsion ophtalmique

1 goutte, matin, midi, soir, pendant 03 mois

$142,40$  4. Lirapyn 25 mg gélules

1 gélule le soir pendant 02 mois

$109,00$  5. D-stress cp

1 Comprimé matin et soir pendant 01 mois

$T = 460,60 DH$

16 Juil 2020

**Dr Mustapha OUDRHIRI**  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplômé en Diabétologie  
49, Bd 2 Mars N°7 - Casablanca  
Tel.: 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04



INPE : 0911656(5)

[www.droudrihi.com](http://www.droudrihi.com)

E-mail : oudmus@yahoo.fr

49, Bd. 2mars, Imm les Roseaux, 2ème étage, Appt.N°7(à côté du lycée Mohammed V) - Casablanca  
Tél.: 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04 - Urgences (Whatsapp): 06 41 59 08 48



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160333



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160333

**Lot:**

DS 11/19  
11/2022

**DLC:**

**P.P.C : 109,00 DH**