

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-603106

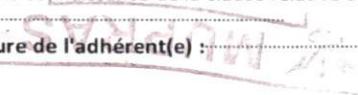
59365

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10726	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	R. A. M
Nom & Prénom :		Mme OLIADI Fatima	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06.61.21.47.95	Total des frais engagés :	
		300 + 263,60 Dhs	

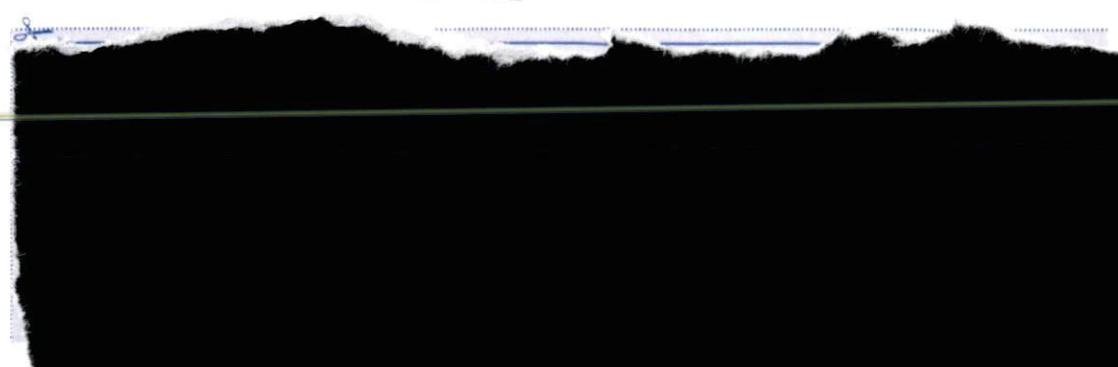
Cadre réservé au Médecin
Dr Mustapha OUDRHIRI
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie
Diplômé en Diabétologie
49 B+2 M+1 N+1 10/10/2014 00:00:00
09/11/2014 00:00:00
OU ADR fatima

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Arthrose + rhumatisme		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
09/12/2020	6		369,60	INP : 09/12/2020 DR MUSTAPHA OUORHIRI Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie Diplômé en Diabetologie 49, Bd 2 Mars N°7 - Casablanca Tél : 02 26 02 46 05 22 20 11 0-

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE AIN CHAKHOUR	09/12/2020	369,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

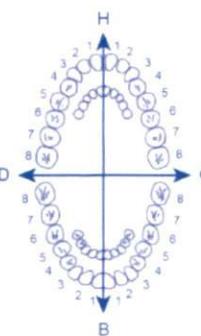
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	INP :
				INP : <input type="text"/>
				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	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
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. 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
دليوم جامعي في مرض السكري
دليوم جامعي في الغصص بالصدى
طبيب سابق بمستشفيات باريز
طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le : 09/12/2020

MME OUADI FATHIA

149,3

1. Curarti forte

1 cp le matin pendant 02 mois

87,4

2. Panalgie 500 mg/50 mg

1 Comprimé, matin, midi et soir si douleurs

53,1

3. Relaxol 500 mg /2mg

1 Comprimé, matin, midi, et soir si douleurs

49,6

4. D-cure forte

1AB/15 jours pendant 02 mois puis 1AB/03 mois

AR en consultation le 08/02/2021

T =

269,6

Dr Mustapha OUDRHIRI

Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie
Diplôme en Diabétologie

49, Bd 2 Mars N°7 - Casablanca
Tél: 0522 26 02 46 / 0522 11 04

PHARMACIE EL BOULEVARD DOUHA
Casablanca - Tél: 05 22 26 02 46
89 Bis Rue 2 Lot Méchida Casablanca 30

INPE : 091165605

PPC : 149,50 DH

CURARTI forte®

comprimé

Lot :

À consommer de
préférence avant le :

305046
04/2023

17,40

Paralgit

Relaxol 500mg

LOT : 20E016
PER : 06/2023

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820

P.P.V : 53DH10


6 118000 060833

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 20E25

EXP: 05/2023