

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3182 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BENTHINA khadya

Date de naissance : 04/12/1955

Adresse : 1461, Bd de Bourgogne Casab.

Tél. 0663643908 Total des frais engagés : 1180,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Moustapha SOUBRIHI

Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie

Diplômé en Diabétologie

49, Bd 2 Mars N° 7, Casablanca

Tél. 0522 26246 / 0522 26110

Date de consultation : 09/08/2021

Nom et prénom du malade : BENTHINA khadya

Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pauxesdipent + Athose

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 : Casab.

Signature de l'adhérent(e) : KH R ACCUEIL

## **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
09/08/21	C3		400,-00	Spécialiste en Médecine Intégrative Diplômé en ostéopathie
			40,-00	P.H 2 Vers N° 102226 U246 0522 21 1 U-
			70,-00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>arm ZEN pharmacie LAN venu du Pharmacie LAN Taghazout tel. : 05 22 55 33 04</i>	09-08-2011	780,10

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

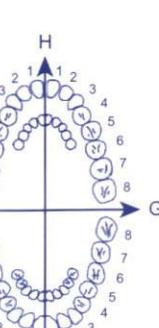
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D 00000000	D 35533411	G 11433553		MONTANTS DES SOINS
B				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**

Spécialiste en Médecine interne et en Gériatrie  
 Diabétologie - Echographie générale  
 Ancien médecin des hôpitaux de Paris  
 Ancien médecin de l'hôpital militaire  
 Mohammed 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 بالمستشفي العسكري  
 محمد الخامس بالرباط  
 عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le ..... 09/08/2021.....

**MME BENHIMA KHADIJA**

126,00 X 3.

1. Cilentrta 10 mg

27,70 X 31 cp/j le matin pendant 03 mois

27,70 X 3

2. Cardioaspirine 100 mg

1 Comprimé né, midi, après le repas, pendant 03 mois

15,00

3. Panalgic 50 mg/50 mg

1 Comprimé, matin, midi et soir si douleurs

139,00

4. Dcna

1 sachet, midi après repas pendant 03 mois

85,50

5. Newflex crème chauffante

1 application matin et soir pendant 15 jours

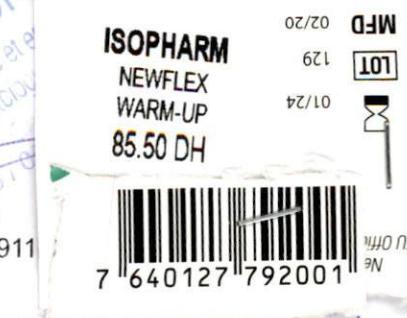
29,50

6. Carbosorb transit

1 Comprimé, matin et soir si constipation

AR en consultation le 09/11/2021

280,10



WWW.droudrihi.com E-mail : oudmus@yahoo.fr

49, Bd. 2 Mars, Imm les Roseaux, 2ème étage, App. N°7 (à côté du lycée Mohammed V) - Casablanca  
 ☎ : 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04 - ☎ : 06 66 35 25 99

LOT 211032  
EXP 04.02.3  
P.P.V. 15 ± 0,0

15,00

PPV: 126 DH 00

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

DONA® 1500 mg  
Poudre pour solution orale  
Boîte de 30 sachets



6 118001 251308

ur solu

samin

Voie orale

30 sachets

 CARBOSORB®  
Transit

LOT: 210226  
PER: 04/2024  
PPC: 79.50 DH



0 H