

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse :

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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066486

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2118 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALLABI AHMED

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : AL KHAYZAMA, EX DE ALI ALY, CASABLANCA

Tél. : 08 72 18 01 34 Total des frais engagés : 96810 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mustapha OUDRHIRI  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplômé en Diabétologie

49, Rd 2 Mars 17, Casablanca

Tel : 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04

Date de consultation : 08/09/2021

Nom et prénom du malade : MOULAY FATIMA Age : 66

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie du Diabète 2

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 : 08/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# RELEVÉ 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/09/21        | Cs                |                       | 49, Bd 2 Mers 1                 | Dr Mustapha OUDRHIRI<br>Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie<br>Diplômé en Diabétologie<br>49, Bd 2 Mers 1<br>Tél: 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04 |
| 11/09/21        | Cs                |                       | 49, Bd 2 Mers 1                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 11/09/21 | 568,70                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

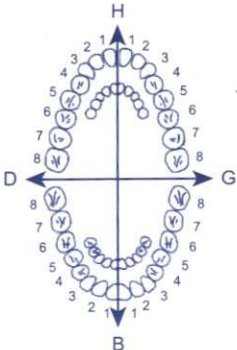
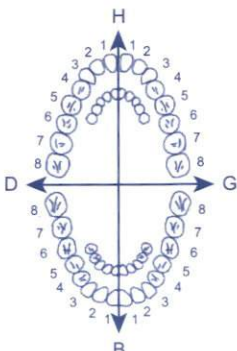
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 l'O

| 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  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                     | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | G  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  | DATE DU DEVIS       |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# عيادة الطب الباطني وطب المسنين

CABINET DE MEDECINE 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 Gérologie



## د. المصطفى ودغيري

أخصائي في الطب الباطني وطب المسنين

دبلوم جامعي في مرض السكري

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفيات باريز

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

محمد الخامس بالرباط

عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le 11/09/2021

### MME MOULDY FATIMA

58,50x3

#### 1. Hydroxo 5000µg

2 ampoules en IM/mois pendant 10 03 mois

28,00x3

#### 2. Glucophage 1000 mg

1 cp matin après les repas, pendant 03 mois

78,70

44,70

13,40x3

#### 3. Diamicron 60mg

1 Comprimé, matin, pendant 03 mois

#### 4. Levothyrox 50µg

1 cp le matin avant le repas pendant 03 mois

145,00

#### 5. Aqualarm gouttes oculaires

1 goutte : 3/j pendant 03 mois

AR en consultation le 11/12/2021

T = 568,70

**Dr. Mustapha OUDRHIRI**  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplômé en Diabétologie  
49, Bd 2 Mars - 13100 Casablanca  
Tel : 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04  
INPE : 091165605

**PHARMACIE SOUTANE**  
Généraliste - Casablanca  
49, Bd 2 Mars - 13100 Casablanca  
Tel : 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04  
INPE : 091165605

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

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



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

BAUSCH+LOMB

Aqualarm® U.P.

Intensive

Solution ophtalmique 10 mL

ZENITH Pharma

PPC : 145,00 DH

28,00

hydroxo

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EX  
LO



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

hydrox

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

hydrox

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

28,00

28,00

78,70

44,70