

# 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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.

## Pathologie 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.

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066486

85/14

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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 IRHANZAMA, FV de 1er arr. Casab.

Tél. : 06 72 18 01 34 Total des frais engagés : 96810 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Moustapha OUDRHIRI

Spécialiste en Médecine Interne et en Gérontologie

Diplômé en Diabétologie

49, Rd 2 Mars N° 133, Casab.

Tél : 0522 26 42 46 / 0522 26 11 04

Date de consultation : 08/09/2021

Nom et prénom du malade : MOULDY FATHIMA Age : 66

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie de Parkinson à DTZ

En cas d'accident préciser les causés 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) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/09/21	CS		+ Spécialiste en Médecine Interne et en Gérontologie Diplômé en Diabétoologie	Dr MUSTAPHA BUDHIRI
11/09/21	CS		49, Bd 2 Mars 17 40012 Paris Cedex 16 U246222611 Dr MUSTAPHA BUDHIRI Médecine Interne et en Gérontologie Diabétoologie	Dr MUSTAPHA BUDHIRI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SOU</i> <i>Spécialiste</i> <i>Diplomé</i> <i>10.01.2012</i> <i>16.02.2012</i> <i>4610522</i>	<i>11/09/21</i>	<i>568,10</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

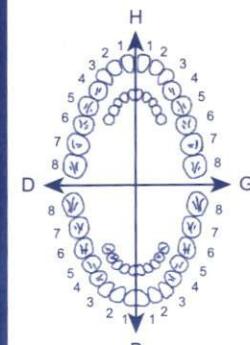
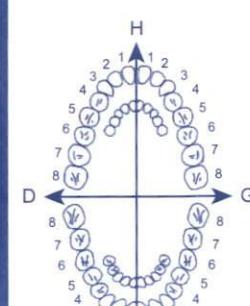
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## 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 l'ORL.

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												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Gérontologie



**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

11/09/2021  
Casablanca, le :

**MME MOULDY FATIMA**

58,50x3

1. Hydroxo 500µg

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

3. Diamicron 60mg

1 Comprimé, matin, pendant 03 mois

44,70

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 = 568,10

**Dr Mustapha OUDRHIRI**  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplôme en Diabétologie  
49, Bd 2 Mars 13 100 Casablanca  
Tél: 0522 26 0246 / 0522 26 1104  
INPE : 091165605

PHARMACIE SOUTIENE  
Groupe Oudrhiri Casablanca  
ICE : 02 31 73 08 53  
0522 26 02 46 - 0522 26 11 04

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

**BAUSCH + LOMB**  
**Aqualarm® U.P.**  
**Intensive**  
Solution ophtalmique 10 mL

**ZENITH Pharma**  
**PPC : 145,00 DH**

**hydroxo**  
HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXI  
LO



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

7862160336



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

7862160336

28,00

**hydrox**  
HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

**hydrox**  
HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

28,00

28,00

78,70

44,70