

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 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.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-609230

86172

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : SERBOUTI ELGHAZOUANI
 Date de naissance :
 Adresse : N°1 Rue 2, Lot Altabanoun, CHERAM OULEA
 CACA
 Tél : 0770 986266 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 23 / 09 / 2021
 Nom et prénom du malade : M. OUDIA el Serbouti Rahmo
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint(e) ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Ostéopore post-neurofaryng
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

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

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

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
23/09/21	G	1	30,140 DA	INP : 0911161910
2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUA 16 - Centre Commercial Deroua 0522 53 21 77 / Fax : 0522 53 25 77	23/09/21	1150,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 <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>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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachid OUADGHIRI

Médecin Spécialiste en Rhumatologie

Os - Articulation - C.V et Muscles

Membre de la Société Marocaine
de Rhumatologie

Ancien Médecin à l'Hôpital
Universitaire El Ayachi de Salé
Expert auprès des Tribunaux



الدكتور رشيد ودغيري

طبيب اختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام - المفاصل - العمود الفقري والعصلات

عضو بالجمعية المغربية لأمراض الرثية

طبيب سابقا بمستشفى

الجامعي العياشي بسلا

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 23 09 - 2021 : الدار البيضاء، في :

M^{re} OUDIA et Serbati
Rahma

03 x 188,00

Lidocaine 300 x 300



497,00

Nopron 30 x 30



49,60

Dure forte 1 x 1



39,80

Lazolam 8 x 8



1150,40

Dr. OUADGHIRI Rachid
Rhumatologue
223, Résidence REDA Abdelmoumen Angle Bd. Abdelmoumen et place Charle Nicole, 2^{ème} étage Appt. 16
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 27 24 77 - GSM : 06 67 27 98 58 - Email : r.ouadghiri@gmail.com

223, إقامة رضا عبد المومن، زاوية شارع عبد المومن و ساحة شارل نيكول الطابق 2 - الشقة 16 - الدار البيضاء

223, Résidence REDA Abdelmoumen Angle Bd. Abdelmoumen et place Charle Nicole, 2^{ème} étage Appt. 16

Casablanca - Tél./Fax : 05 22 27 24 77 - GSM : 06 67 27 98 58 - Email : r.ouadghiri@gmail.com

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

NOPOROSE

Risédrionate monosodique

35 mg

12 comprimés pelliculés

Voie orale

LOT 213035

EXP 03/25

PPV 497DH00



1 comprimé

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 21F07

EXP: 06/2024

PPV: 39DH80

PER: 04/24

LOT: K1246

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407