

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

## Informations 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.  
Une 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.

## Logique 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.

## Éducation :

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 :

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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 081759

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8246 Société : AA2204

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUDGHIRI EL Abid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663 867779 Total des frais engagés : 235,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Khalid EL OUDGHIRI  
Médecin Colonel  
Spécialiste en Médecine de Sport  
Appliqué en Médecine Navale  
INPE : 091019950

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 04 / 2022

Nom et prénom du malade : EL OUDGHIRI Reda Age :

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

Nature de la maladie :

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) : ACCUEIL I. BOUZAHANE



# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13/04/22        | C                 | 1                     | 6500                            | <b>Dr. F. EL OUDRHIRI</b><br>Médecin Colonel<br>Spécialiste en Médecine de Sport<br>Appliqué en Médecine Navale<br>INPE : 091019950 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 13/04/22 | 235,20                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

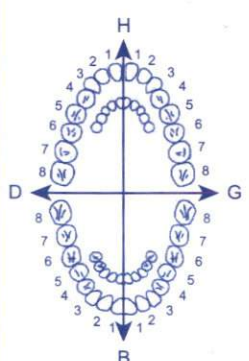
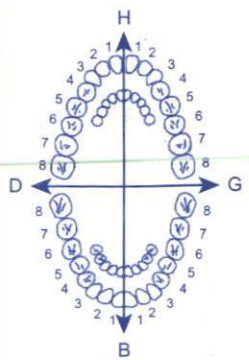
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 canaux, ainsi que le bilan

| 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  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H   | 25533412  | 21433552         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| D   | 00000000  | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| G   | 00000000  | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| B   | 35533411  | 11433553         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><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'EXECUTION

EL OIDRHIRI  
Rachid

Dr. Khalid EL OIDRHIRI  
Médecin Colonel  
Spécialiste en Médecine de Sport  
Appliquée en Médecine Navale  
INPE : 091019950

ORDONNANCE

le 13/04/2022

79.70

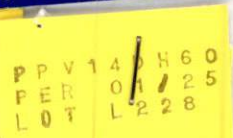
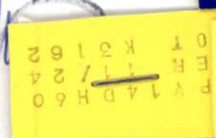
1) Arix 500mg

S.V.



14.60  
x 2

2) Difrane 100 Cp



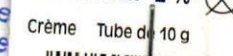
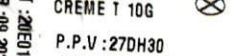
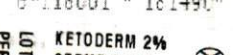
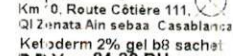
15.30

3) Kéoderm 2% gel



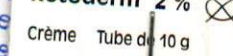
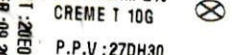
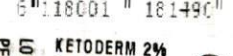
84.20

4) Kéoderm 2% gel



27.30

5) Kéoderm Crème



235.70

Vita C1000®

PPU 15DH30  
EXP 11/2024  
LOT 100614

Dr. Khalid EL OIDRHIRI  
Médecin Colonel  
Spécialiste en Médecine de Sport  
Appliquée en Médecine Navale  
INPE : 091019950