

# 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053570

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10335 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEGRADUI MEDINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0607156046 Total des frais engagés : 1010,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2022

Nom et prénom du malade : NEGRADUI MEDINE Age :

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

Nature de la maladie : HP - pylone

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 : 17/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
17/05/22	CT		gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/22	1010,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

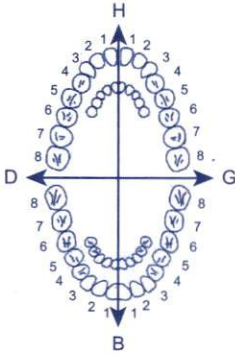
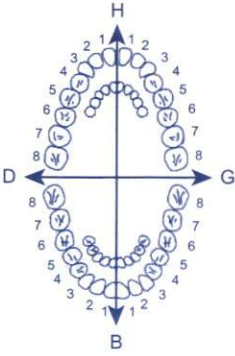
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

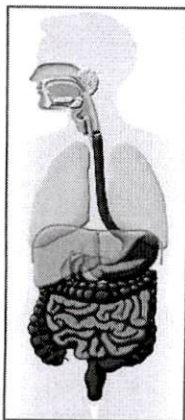
Important :

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Ali OUDGHIRI**

Hépto-gastro-entérologue

46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2<sup>ème</sup> étage, App. N°3

17-05-2022

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

Ancien assistant des  
Hôpitaux de Paris

Ancien spécialiste des  
Hôpitaux militaires du  
Maroc

Endoscopie digestive  
haute et basse

Endoscopie  
interventionnelle

Cholangiographie  
rétrograde per-  
endoscopique (CPRE)

Echographie digestive

Chirurgie de l'anus  
(fissure-fistule-  
hémorroïdes)

Tel : 05-22-25-18-18

Fax : 05-22-25-42-42

E-mail:  
a.oudghiri@menara.ma

*Mr. NEGRAOUI Azzedine*

*- Pendant le traitement, ne pas consommer de lait ni de produits laitiers : Lait, yaourt, Raibi, Lben, beurre pas de fromage.*

*- Ne pas s'exposer au soleil pendant le traitement.*

*- Ne pas s'inquiéter si les selles sont de couleur très foncées ou noires (c'est le bismuth).*

803,00

*- PYLERA: 3 cp toutes les 6 heures soit 4 fois par jour pendant 10 jours.*

142,80

*- PANTOPRAZOLE GT 40 (1 Boîte de 20) : 1 cp deux fois par jour pendant 10 jours*

65,10

*- Ultra-levure : 2 gélule en 1 prise par jour pendant 10 jours*

1010,90

**Dr. IMANE ZINEB**  
Sté Pharmacie Le Grand Boulevard  
Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid  
Tél: 05 22 03 59 59  
INPE: 062105036

**Docteur Ali OUDGHIRI**  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
(Foie - Pancréas - Intestin - Hémorroïdes)  
46, Bd Bir ANZARANE - Tél: 022.25.18.18  
GSM: 061 16.01.44  
e-mail: a.oudghiri@menara.ma

**PYLERA® gélules**  
Boîte de 1 flacon de 120.  
AMM N°281 DMP 121 / NNP  
PPV : 803,00 DH  
Titulaire de l'AMM / Distributeur :  
SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC  
6 118001 072262

SV

SV

SV

777 05 2021 05 2024  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH