

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

## Sons 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.

## Biologie 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.

## que :

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.

## Optique :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RIDAOUI RACHIDA

Date de naissance : 1971

Adresse : 106 Rue Abderrahmane S AIT ABBOU

Tinmaz ETG 9 C5A

Tél. : 066274783 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 NOV 2015

Nom et prénom du malade : GRIARAJ OMAR Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTUEN Pediatrique

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) :



# 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
31/10 2019	CS	1	269.-	<i>Acte validé par le dentiste</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIEN MANDAT</i> André ACTEUR 31, Av des Remparts Casablanca 0522 31 16 40 / 0522 31 15 68	31/10/19	171,70

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغري

إخصائي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب دijon

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

31/10/2019

GRIRANE OMAR

Age: 12 ans 3 mois 7 jours

Poids: 36,00 Kg

38,90  
1/2

- Amoxil 500 mg - poudre pour sirop  
1 cuillère matin, midi, et soir, pendant 7 jour(s)

79,50

- Apixol - solution buvable  
1 cuillère(s) à soupe trois fois par jour pendant 7 j

14,40

- Doliprane 500 mg - sachet  
1 , matin, midi, soir et au coucher

171,70

- Humer nez bouché  
une pulvérisation quatre fois par jour

PPV: 38,90 DH  
LOT: 609457  
PER: 04/2022

PPV: 38,90 DH  
LOT: 563927  
PER: 08/2021

PPV: 14,40 DH  
LOT: 11/21  
PER: 25/07

14,40

Dr. Jalal El OUDGHIRI  
PEDIATRE  
Avenue 2 Mars  
Tél: 0522 21 20 40

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,50 D

PHARMACIE MAMMADI  
Dr. Jalal EL OUDGHIRI  
PEDIATRE  
Avenue 2 Mars  
Tél: 0522 21 20 40  
Fax: 0522 29 39 73  
E-mail : drjalalelougdhiri@gmail.com