

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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.

## 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° P19- 0039895

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03478 Société : RAM 46460  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AMHADUCH Soumia  
Date de naissance : 01/01/1952  
Adresse : La même  
Tél : 05 22 39 41 63 Total des frais engagés : 25044 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSI  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim Annakhaï Maarif  
Tél : 05 22 23 01 74 - Fax : 05 22 23 01 97  
CASABLANCA

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : N° AMHADUCH Soumia Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Aff. longue durée  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
MUPRAS

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) : .....



# 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
10/08/20	C2 +K19		300 DS 247 DS	Dr. N. QUDHIRI IDRISI Médecine Physique et du Sport 40, Rue Brahim Annakhaï Maarif Tél: 05 22 23 01 74 Fax: 05 22 23 01 97 CASABLANCA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MANSOUR LABAKI MAKIMATI ET ANGEL GANDI ET TEL MANSOUR 360806	10/08/20	194,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

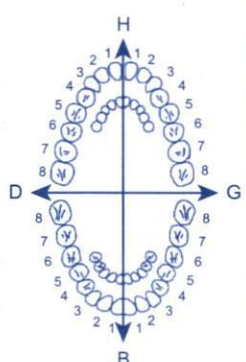
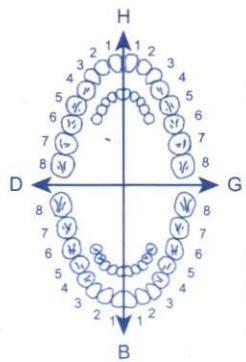
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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

# Docteur N. OUDGHIRI IDRISSE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Médecin Spécialiste

en Médecine Physique et de réadaptation

Rééducation Fonctionnelle - Médecine du Sport

Podologie - Appareillage

Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier

sur Rendez-vous



الدكتور نور الدين ودغيري إدريسي

خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

طبيب مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

الطب الرياضي - أمراض القدم

تركيب الاعضاء الاصطناعية

بالموعد

Casablanca, le 10 - 08 - 2020 في الدار البيضاء

72 ANNAKHAI CH Souing



104,30  
- Doliprane 300, 1 x 3 / 8 (12h)  
- Nurofen cool 1 application - but last.



PHARMACIE OULMES  
LAKKI HAKIMA  
ANGLE BD GHANDI ET  
Y. EL MANSOUR 360806

DR. N. OUDGHIRI IDRISSE  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim Annakhai Maârif  
Tél.: 05 22 23 01 71 - Fax: 05 22 23 01 07  
CASABLANCA

ISOPHARM  
83.90 DH

PPV 14DH40  
PER 03/20  
LOT 0714

Rue Brahim ANNAKHAI (EX. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 37 - Fax. : (212) 22 23 02 08

e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma



Docteur N. OUDGHIRI IDRISSE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Médecin Spécialiste

en Médecine Physique et de réadaptation

Rééducation Fonctionnelle - Médecine du Sport

Podologie - Appareillage

Ancien Attaché des Hôpitaux de Montpellier

sur Rendez-vous



الدكتور نور الدين ودغيري إدريسي

خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

طبيب مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

الطب الرياضي - أمراض القدم

تركيب الاعضاء الاصطناعية

بالموعد

Casablanca, le 10 - 08 - 2020

الدار البيضاء، في

N° ANNAKHA Soump

- NOTE D'ISOMERISME :

Infirmité - handicap -

relation de l'atome  $K_{12} = 2500$

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim ANNAKHAÏ Maârif  
Tél.: 05 22 23 01 74 - Fax: 05 22 23 01 97  
CASABLANCA

80, Rue Brahim ANNAKHAÏ (EX. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 37 - Fax. : (212) 22 23 02 08

e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma