

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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- 0048791

EN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 53478 Société : RAM 16163

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMITAOUCH Soumick

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : La mère

Tél. : 05 22 39 04 43 Total des frais engagés : 2000.0000 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

DR. N. OUDCHIRI IDRISI  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim Annakhal Maârif  
05 22 20 45 45 - 05 22 23 01 57  
Casablanca

Date de consultation : 12/03/2020

Nom et prénom du malade : AMITAOUCH Soumick Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : artrose de la hanche

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

ACCUEIL

## 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
17/03/20	2-2		3000 DS	
17/03/20	K, 1-2 Infarctus		3000 DS	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 **obligé** 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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	25533412 00000000
	21433552 00000000

#### **(Création, remont, adjonction)**

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled D (left) and G (right). The vertical axis is labeled B (down) and H (up). The grid is filled with circles, with some containing numbers and others containing symbols. The numbers are arranged in a pattern: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 along the top and bottom edges, and 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 along the left and right edges. The symbols are mostly 'Y' or 'V' shapes, with some 'X' and 'Z' shapes interspersed, particularly in the center and along the diagonals.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

Docteur N. OUDGHIRI IDRISI.

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 بمونبولي - فرنسا

طبيب متخصص في الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي

الطب الرياضي - أمراض القدم

تركيب الاعضاء الاصطناعية

بالموعد



Casablanca, le ..... 17-03-2020 ..... الدار البيضاء، في

N° ANTHONY Johnie.

- NOTE D'IMMORTELIS.
- Infiltrat :  $k_{12} = 3 \text{ mm}$ .

Dr. N. OUDGHIRI IDRISI  
Médecine Physique et du Sport  
80, Rue Brahim ANNAKHAÏ  
Tél. : 05 22 23 01 71 - Fax : 05 22 23 01 93  
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