

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Maladie :

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.

## 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.

## Traitement :

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

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



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Déclaration de Maladie

N° P19-0048792

ND: 53836

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03478 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMHADOUCHE Soumia

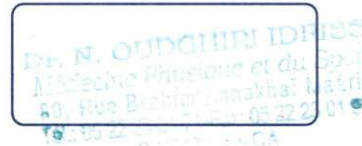
Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : La même

Tél. : 0992 39 04 43 Total des frais engagés : 3000 + 200 dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : M. AMHADOUCHE Soumia Age :

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

Nature de la maladie : ALD

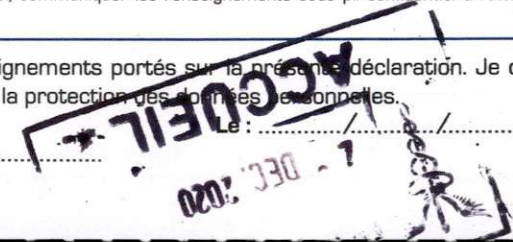
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :





[illegible]

07/10/20	Exfiltration $K_{10}$	2w of 2w of	<del>1</del>
----------	--------------------------	----------------	--------------

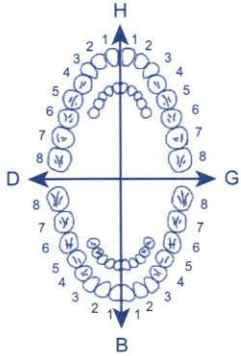
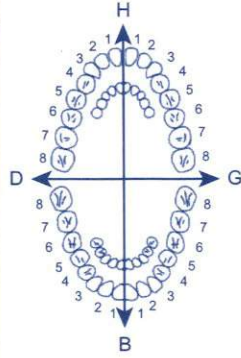
[illegible][illegible][illegible]

# 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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan**

A diagram of a circular chromosome. A vertical line with arrows at both ends is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal line with arrows at both ends is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The chromosome is represented by a circle with a double-stranded structure. The top and bottom arcs are labeled with numbers 1 through 8, indicating the centromeres. The left and right arcs are labeled with letters A through H, indicating the telomeres.

FIN  
D'EXECUTION

The diagram shows a circular particle accelerator with two main components: a vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom, and a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The particle paths are represented by two concentric circles of dots. The top circle is labeled with numbers 1 through 8 on its left side and 1 through 8 on its right side. The bottom circle is also labeled with numbers 1 through 8 on its left side and 1 through 8 on its right side. The dots are arranged in a circular pattern, with the top circle having dots at the top and the bottom circle having dots at the bottom. The paths are symmetric about the vertical axis.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur N. OUDGHIRI IDRISSE

Diplômé 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 07 - 10 - 2020 الدار البيضاء، في

N<sup>me</sup> ANNAKHAOUCH Nordin

- NOTE D'INFORMATION:

K<sub>10</sub> : infirmité = 2000

Signature

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE  
Médecin Physique et de Sport  
80, Rue Brahim ANNAKHAOUCH  
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

80, Rue Brahim ANNAKHAOUCH (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