

# 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.



60763  
Déclaration de Maladie : N° S19-0048402

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2947 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre : Veuve Retraite

Nom & Prénom : SALIS EDDADUDIA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 40 72 36 Total des frais engagés : 1533.3 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> BARMAKI EDDADUDIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Odonthologie + ostéoporose

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 : 15 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

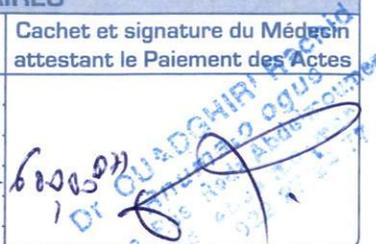
## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

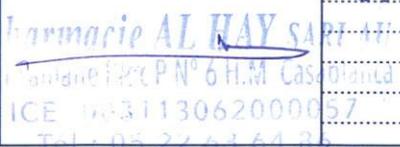
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

**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
08/05/23	C5		300 000H	
	+ 1100 x 2		300,00 x 2 = 600,00H	
			<u>900 000H</u>	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08.05.23	6.33,30

**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	

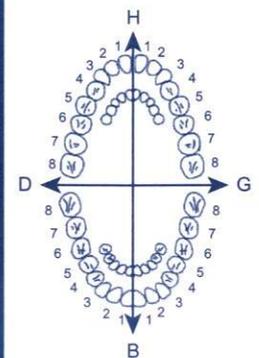
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 canalaires, 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"/>

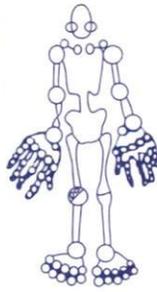
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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. Rachid OUADGHIRI

Médecin Spécialiste en Rhumatologie  
 Os - Articulation - C.V et Muscles  
 Membre de la Société Marocaine  
 de Rhumatologie  
 Ancien Médecin à l'Hôpital  
 Universitaire El Ayachi de Salé  
 Expert auprès des Tribunaux



# الدكتور رشيد ودغيري

طبيب اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
 العظام - المفاصل - العمود الفقري والعضلات  
 عضو بالجمعية المغربية لأمراض الرثية  
 طبيب سابقا بمستشفى  
 الجامعي العياشي بسلا  
 خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 08/05/2023 : الدار البيضاء، في :

M<sup>me</sup> BARMARI EDDAOUDIA

56,60 <sub>د2</sub>

Diprostone

(1'S)

ك2

en injection a - y 2 jours

49,60 <sub>د6</sub>

D lute fati

(1'S)

1 inj / semaine x 3 mois

1110,00

Méha

82,50

1 inj / 15 jours x 3 mois

Nov 2

VPM 2015

Nov 2

(1'S)

633,30

Pharmacie AL HAY SARI AT  
 ICE 05 22 74 77 - Tel : 05 22 74 77  
 Dr. OUAZGHIRI Rachid  
 HND 2015  
 Pas Red Abdelmoumen  
 2015  
 922 27 25 77

Excipient à effet notoire:  
Conserver à une température  
Ne pas Laisser à portée de  
Pour les indications, les

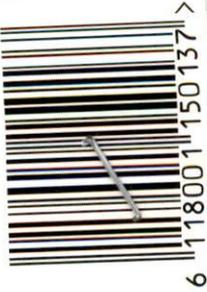
PPV: 140,00 Dhs

VF74 0925

LOT PER

Prix 82.50

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23A31  
EXP: 01/2026



Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19/DMP/21/NRQ  
PPV: 56.60 DH

Lot E89102  
EXP 03/2024



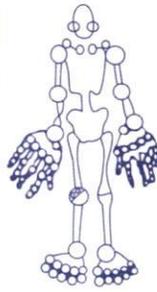
Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19/DMP/21/NRQ  
PPV: 56.60 DH

Lot E89102  
EXP 05/2024



# Dr. Rachid OUADGHIRI

Médecin Spécialiste en Rhumatologie  
Os - Articulation - C.V et Muscles  
Membre de la Société Marocaine  
de Rhumatologie  
Ancien Médecin à l'Hôpital  
Universitaire El Ayachi de Salé  
Expert auprès des Tribunaux



# الدكتور رشيد ودغيري

طبيب اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام- المفاصل- العمود الفقري والعضلات  
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الرثية  
طبيب سابقا بمستشفى  
الجامعي العياشي بسلا  
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء، في :

M<sup>me</sup> BARMARI EDDAOUBIA

دواسة ر.د.

DR. OUADGHIRI Rachid  
223, Résidence REDA Abdelmoumen  
Angle Bd. Abdelmoumen et place Charle Nicole,  
2<sup>ème</sup> étage Appt. 16  
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 27 24 77 - GSM : 06 67 27 98 58 - Email : r.ouadghiri@gmail.com

**Directeur**

Pr. A. MAAROUFI

**Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr J. Nourtil

Dr D. Messaoudi

Dr N. Dersi

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

Dr O.Mourtada

**Anatomie-cytopathologie**

Dr A. Oukkadi

Dr K. Moumna

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

P

**Madame BERMAKI EDDAOUIDIA**

Demande n° **26/04/23-1-0033**

20000 CASABLANCA

Demande n° **26/04/23-1-0033 -RAM-**

Edité le : vendredi 5 mai 2023

N° CIN/Passeport

Date et heure d'enregistrement : 26/04/23 12H26

Date et heure de prélèvement : 26/04/23 12H34

Date de naissance : 01/01/1951

Hors tiers payant -

## Biochimie

Valeurs de référence

Antériorités

Calcium (J1) .....

2,36 mmol/L

2.20 à 2.50

Spectrophotométrie (Architect ci4100)

## Vitamines

Valeurs de référence

Antériorités

Vitamine D2/D3 .....

17,6 ng/mL

Déficit : < 20 ng/ml  
 Carence : 20 - 29 ng/ml  
 Normale : 30 - 100 ng/ml  
 Toxicité : > 100 ng/ml

Validé le 27/04/23

**Dr. Samira KACIMI**  
 Pharmacien spécialiste  
 en Biologie Médicale  
 Institut Pasteur du Maroc

