

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060932

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :



## 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
12/04/23	C1		35504	Dr. Abdelilah El Maghazouy Professeur de Stomatologie Av. Mohammed VI, 30300 Bait Lohm, Tél: 0537792322

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

12.04.23

1125

## 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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

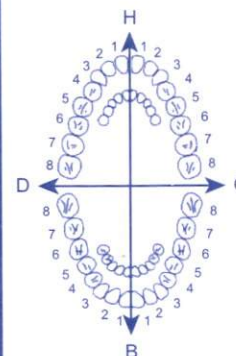
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

### 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

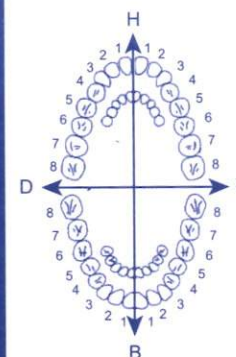
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

**Dr. Abdellah El MAGHRAOUI**

**Professeur de Rhumatologie**

Ex-Chef du Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction  
Mohammed V, Rabat

Past-Président de la Société Marocaine de Rhumatologie

Directeur de publication de la Revue Marocaine de Rhumatologie

Membre du Comité Scientifique de l'International  
Osteoporosis Foundation



12/04/2023

**د. عبدالله المغراوي**

**أستاذ في أمراض المفاصل و العظام والروماتيزم**

الرئيس السابق لمركز أمراض الروماتيزم وإعادة التأهيل الوظيفي،

مستشفى التعليم العسكري محمد الخامس، الرباط

الرئيس السابق للجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم

رئيس تحرير المجلة المغربية لأمراض الروماتيزم

عضو اللجنة العلمية لمؤسسة هشاشة العظام الدولية

**MR TMOULIK MOHAMMED JAMAL EDDINE**

- **Zyloric 200mg - comprimé**  
1 cp/j x 3 mois
- **Nociceptol Gel**  
1 appl x 2/j x 15 jours puis en cas de douleurs
- **Cedol - comprimé**  
1 cp x 2/j x 10 jours puis en cas de douleurs

Pharmacie Galaxy Santé  
Avenue Mohammed Belhassan  
El Ouezzani - RABAT  
Tél: 0537 63.60.56  
E-mail: galaxysanté@gmail.com

Dr. Abdellah El Maghraoui  
Professeur de Rhumatologie  
Av. Mohamed V, Rue Bait Lahm,  
Imm B, n° 6, Rabat • Tel/Fax: 0537732322  
INPE: 101111269

102070133

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لحم عمارة «ب»، شقة رقم 6، الطابق الثاني، الرباط

**Avenue Mohammed V, Rue Bait Lahm, Imm B, Appt N° 6, Rabat**

Cabinet : 05 37 73 23 22 - 08 08 52 09 28 - 06 62 04 49 40 • GSM : 06 61 54 71 90

Email : aelmaghraoui@gmail.com • Site web : www.rhumato.info

Patente : 25103066 • I.F : 37517406 • ICE : 002284604000029

LOT 222630  
EXP 08 2026  
ppv 31.30

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sub>mg</sub>**

**28 comprimés**  
Voie orale

**زيلوريك®**

ألوبورينول

**200** ملغ

**28 قرصا**  
عن طريق الفم

LOT 222630  
EXP 08/2026  
ppv 31.30

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sub>mg</sub>**

**28 comprimés**  
Voie orale

**زيلوريك®**

ألوبورينول

**200** ملغ

**28 قرصا**  
عن طريق الفم



LOT 222630  
EXP 08/2026  
ppv 31.30

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sub>mg</sub>**

**28 comprimés**  
Voie orale

**زيلوريك®**

ألوبورينول

**200** ملغ

**28 قرصا**  
عن طريق الفم

LOT 222630  
EXP 08/2026  
ppv 31.30

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sub>mg</sub>**

**28 comprimés**  
Voie orale

**زيلوريك®**

ألوبورينول

**200** ملغ

**28 قرصا**  
عن طريق الفم