

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

16/06/2023  
Bouc  
Bouc

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1640</b>	Société : <b>R.A.M RETRAITE</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	<b>EL HASSOUARI - ABDELKrim</b>
Nom & Prénom : <b>30.06.1953</b>			
Date de naissance : <b>Residence ISMALIA (R) ADT 13</b>			
Adresse : <b>Place Hassen II V.N - MEKNÈS</b>			
Tél. : <b>06 64 26 31 00</b>	Total des frais engagés : <b>1224,00 Dhs</b>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Abdellah El Maghraoui</b> <b>Professeur de Radiologie</b> <b>Av. Mohamed V - Rue Fait Lahm,</b> <b>Imm B, N°6, Rabat - Tél. : 0537732322</b>			
Date de consultation : <b>INPE 10.11.1958</b>			
Nom et prénom du malade : <b>N. Me ZIANI - CHOURISSA</b> Age : <b>68ans</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Soualij</b>			
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 : **MEKNÈS** Le : **11/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
macie AL HASSOABI EL HASSOABI Lot. Kamina - Meknès AL : 05 35 46 77 40 N°PE : 12 2-82 212	14/06/23	374,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
14/01/2020 Abdeljalil El professeur de Mohamed S. S. Rabeh INPE 104	14/01/2020	Technique 4000	5000 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <b>Dents Traitées</b>  <b>Nature des Soins</b>  <b>Coefficient</b>  <b>INP :</b> <input type="text"/>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
			<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>		
				H	25533412	21433552												
				D	00000000	00000000												
				B	35533411	11433553												
				G														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

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



د. عبدالله المغراوي

أستاذ في أمراض المفاصل والظامان والروماتيزم

رئيس سابق لمركز أمراض الروماتيزم وإعادة التأهيل الوظيفي،

مستشفى التعليم العسكري محمد الخامس، الرباط

رئيس سابق للمجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم

رئيس تحرير المجلة المغربية لأمراض الروماتيزم

عضو اللجنة العلمية لمؤسسة هشاشة العظام الدولية

14/06/2023

MME ZIANI CHOUMISSA

61,50

- Mobic 15 mg - comprimé  
1 cp/j x 15 jours

(2x37,00)

- Prazol 20 mg - gélule  
1 gel/jour x 20 jours

149,00

- Dulastan - comprimé  
1 cp X 3 / jour x 15 jours puis en cas de douleur

89,50

- Fleximax  
1 gel x 2/j x 3 mois

- D3Norm 200 ug  
10 gouttes par jour x 3 mois

- S-citap 5 mg - comprimé pelliculé  
1 cp/j le soir x 3 mois

374,00

6 111261 530022

LOT: 2302017  
FAB: 02/2023  
EXP: 02/2026  
PPC: 149.00DH

DULASTAN®

500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés



دولاستان® 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés 37,00

DULASTAN®

500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés



دولاستان® 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés 37,00

Dr. Abdellah El Maghraoui  
Professeur de Rhumatologie  
Av. Mohamed V, Rue Bait Lahm  
Imm B, n°6, Rabat - Tel/Fax: 05 7732322  
IN: 10111126

Pharmacie ALINDIAAT  
Dr EL HASSOUABI  
10. Lot. Kamilia - Meknès  
TAL: 05 35 46 77 40  
شارع محمد الخامس، زنتة بيت لحم عمارة ١١  
Bait Lahm, Imm B, Appt N° 6, Rabat

D3 NORM  
200 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

C

Lot: 220641

A consommer

avant le: 08/2025

PPC: 89,50 DH

28 - 06 62 04 49 40 • GSM : 06 61 54 71 90

l.com • Site web : www.rhumato.info

7517406 • ICE : 002284604000029

Dr. Abdellah EI 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



14/06/2023

د. عبدالله المغراوي

أستاذ في أمراض المفاصل والظامان والروماتيزم

الرئيس السابق لمركز أمراض الروماتيزم وإعادة التأهيل الوظيفي،

مستشفى التعليم العسكري محمد الخامس، الرباط

الرئيس السابق لجمعية المغربية لأمراض الروماتيزم

رئيس تحرير المجلة المغربية لأمراض الروماتيزم

عضو اللجنة العلمية مؤسسة هشاشة العظام الدولية

## Facture

MME ZIANI CHOUMISSA

Acte	Honoraire
Consultation	350,00 Dh
Echographie	500,00 Dh
<b>Total</b>	<b>850,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
huit cent cinquante dirham(s)

Dr. Abdellah El Maghraoui  
Professeur de Rhumatologie  
Av. Mohammed V, Rue Bait Lahm,  
Imm B, N°6, Rabat • Tél: 053773237  
INPE: 101

شارع محمد الخامس، زنقة بيت لحم عمارة «ب»، شقة رقم 6، الطابق الثاني ، الرباط  
Avenue Mohammed V, Rue Bait Lahm, Imm B, Apt 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