

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0027939

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6807 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AAYOUCH ABDELAZIZ  
 Date de naissance : 25.04.1963  
 Adresse : RUE 282 N°20 Hay Mouj ABDELHAY  
 AIN CHOCK CASABLANCA  
 Tél. : 0620750692 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Delhouk Michal Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affection rhumatologique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 01/11/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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
01/11/23	C		2500	
22/11/23	C		5	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	01/11/23	198,60
	22/11/23	343,30

# 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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. Sanae GUEDDARI

Spécialiste en Rhumatologie  
Maladies Ostéo-articulaires  
Osteoporose - Colonne vertébrale  
Faculté de Médecine de Rabat



- Diplôme en Echographie ostéo-articulaire à la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme en polyarthrite et maladies Systémiques de la faculté de médecine de Montpellier - France
- Ex-Médecin à l'hôpital El Ayachi Ibn Sina

## د. سناء كعداري

اختصاصية في أمراض  
الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر  
وهشاشة العظام  
بكلية الطب - الرباط

- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص في المفاصل بجامعة الطب بالرباط
- دبلوم في أمراض الروماتيزم والطب الباطني بجامعة مونيولي - فرنسا
- طبيبة سابقة بمستشفى العياشي

01/11/2023  
blanca ,le : ..... في : .....

13.40

MELLOUK AICHA



13.40

13.40

- Colchicine opocalcium 1 mg  
1 Comprimé, soir, pendant 1 mois

- Anapred 20 mg  
1 Comprimé, pendant 3 SEM

- isox 200  
1 Capsule, midi, pendant 20 jours

LOT: M0971  
PER: 02/2025  
PPU: 40,90DH

144.30



DR. SANA GUEDDARI  
RHMATOLOGUE  
Bd. Grande Ceinture Essaâda 302 étage 1  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 05 22 62 89 32

Pharmacie de l'étoile  
Mr. Reda BENOULKHATIB  
Droguier en Pharmacie  
N° 82 Rue 29 Hay Omar El Khattab  
(Ex. Derb Milani) - Casablanca  
Tél: 05 22 81 52 19

Bd, la grande ceinture, Essaâda 302 N° 75 (En face du laboratoire El Qods) 1er étage, Hay mohammadi - Casablanca  
شارع الحزام الكبير، السعادة 302 الرقم 75 (أمام مختبر القدس) الطابق الأول، الحي المحمدي - الدار البيضاء  
E-mail : drgueddari.rhumato@gmail.com : البريد الإلكتروني : Tél.: 05 22 62 89 32 - 06 66 70 53 43 : الهاتف



ج. سناء کٹاری

اختصاصية في أمراض  
الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر  
وهشاشة العظام  
بكلية الطب - الرباط



- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص  
في المفاصل بجامعة الطب بالرياض  
- دبلوم في أمراض الروماتيزم  
والطب الباطني بجامعة  
مونبولي - فرنسا  
- طبيببة سابقة بمستشفى العياشي  
ابن سينا - الرياض

22/11/2023

Casablanca ,le : ..... : بيضاء، في

**MELLOUK AICHA**

- Colchicine opocalcium 1 mg

LOT:M1082  
PER:06/2025  
PPV:57,10DH

ng  
imé, matin, pendant 2 mois

1 Gélule, midi, pendant 2 mois

1 Gélule, midi, pendant 2 mois

Bd, la grande ceinture, Essaâda 302 N° 75 (En face du laboratoire El Qods) 1er étage, Hay Mohammadi - Casablanca  
شارع الحزام الكبير. السعادة 302 الرقم 75 (أمام مختبر القدس) الطابق الأول. الحي الحمدي - الدار البيضاء  
الهاتف : 06 66 70 53 43 - Tél.: 05 22 62 89 32 - البريد الإلكتروني : E-mail : drgueddari.rhumato@gmail.com