

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

NS 8810

## Déclaration de Maladie : N° S19-0048401

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2947 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Veue Retraité

Nom & Prénom : SAMI EDDAOUIA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.407236 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/2023

Nom et prénom du malade : M. BERNOKI EDDADMIDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection 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 : Consultation

Le : 28/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Q. B.

#### RELEVE 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
23/03/2025	~	Gs	300,00 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL HAY SARLAU Domiciliale NCPN 6 H.M. Casablanca TÉL : 003113062000057 TÉL : 05 22 63 64 86	25/03/2013 2013 57 203 64 86	785.60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/02/2023					620,00

## RELEVE 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.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 وغيري

طبيب اختصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام-المفاصل-العمود الفقري والعضلات  
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الرئبة

طبيب سابق بمستشفى  
الجامعي العيashi بسلا  
خبير مخلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 25.03.2023 - الدار البيضاء، في :

Mr. Reda OUADGHIRI

Pharmacie HAY SARLAU  
Casablanca n° 6 H.M. Casablanca  
TCE: 00212 13062000057  
Tél: 05 22 63 64 86

Al. 00  
Klipel (جبل)  
188.00 x 2

Py 20.

Prostidom (جبل)  
198.00

Agométh Lejérin n° 2.

Nonugat (جبل) per  
98.50 x 2

Mo. y.

Newfentol 600 mg (جبل)  
1

Py M n° 2  
Dr. OUADGHIRI - 2.0.0002  
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

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



14,00

PPV: 198.00DH

CL 85  
2025-01

REV.2021/01/C

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 10/2025  
LOT 2N0342

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 08/2025  
LOT 26056 12

# 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 اخصاصي في أمراض الروماتيزم  
العظام-المفاصل-العمود الفقري والعضلات  
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الرئبة

طبيب سابقًا بمستشفى  
الجامعي العياشي بسلا  
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 25.03.2023 الدار البيضاء، في :

M<sup>me</sup> Benselki REDA El DIA

hombrest

POWER MED SARL AU  
Vente de Matériel Médical  
202, Boulevard Abdelmoumen  
N° 5 RCC - Casablanca  
Tél: 0522 05 54 14 / 0663 48 01 15

Dr. OUADGHIRI Rachid  
223, rue Rached El Ghanem  
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 27 24 77 - GSM : 06 67 27 98 58 - Email : r.ouadghiri@gmail.com



 **POWER MED**  
TECHNOLOGIE MEDICALE

Casablanca le : 25.03.2023

FACTURE N° 000564

Name : BERMAKI EDPAQUA

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cent vingt francs

**SIEGE SOCIAL : POWER MED - 202, BD ABDELMOUMENE N° 5 - CASABLANCA**

GSM : 06.68.48.01.75 - Tél. : 05.22.65.54.14 - E-mail : power.med@gmail.com  
I.C.E. N° : 002343545000004 - RC N° : 446199 - IP N° : 34701178 - IF N° : 37736137