

# 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

- 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'Essaouira - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-014498

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : R.A.M. 169730  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD  
 Date de naissance : 22/11/1949  
 Adresse : Résidence OCEAN PALM S/N 8 APP 3  
 Dan BOUAZZA - CASABLANCA  
 Tél. : 0661 10 24 84 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JUN 2023  
 Nom et prénom du malade : BOULAAFLANE SAID Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Scapula et  
 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 : 12 / 6 / 23  
 de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 JUIN 2023				DR BERRADA RHIZAL RHMATOLOGUE Imm 12 Appl. Agdal Oued Ziz Agdal Rabat. 0537 77 05 24/06/45 55 79

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE OCEAN PALM  
HARIT NAJWA  
Docteur en Pharmacie  
t Oc n Palm GH3 Imm 14 MAG n°1  
19 Route D'azemmour - Dar Bouazza  
+212 5 20 62 31 63 - INPE: 09210361

12/6/23

200,00

# 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

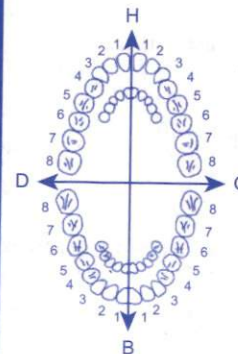
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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. Kenza BERRADA RHZIOUAL**

**Spécialiste en Rhumatologie**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat  
Diplômée en échographie Ostéo-articulaire - Grenoble  
Ancien médecin à l'hôpital El Ayachi - Salé  
Podologie et ostéopathie



**الدكتورة كنزة برادة غزول**

**اختصاصية في أمراض الروماتيزم**

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل واللووتر - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا

علاج الأرجل - تقويم العظام

ORDONNANCE Le 12/06/2023

Saida BOULAAMANE

• **ZYLORIC CO 100MG B100 COMP**

un cp par jour pendant 3 mois

• **OEDS CO 20MG B28 GELULES**

une gél par jour le matin à jeun pendant 3 mois

• **ORAPRED CO 20MG B30 COMP EFFER**

3 cp / jour pendant 5 j, puis 2 cp / j pendant 5 j, puis 1 cp / jour pendant 5 j

• **COLCHICINE OPOCALCIUM CO 1MG B20 COMP**

un cp / jour pendant 15 j

• **MYDOFLEX CO 150MG B30 COMP PELLI**

un cp deux fois par jour 15j

• **DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP**

un cp par jour si douleur

• **DIPROSTENE IN 1ML B1 INJECTABLE**

une boîte

• **DEPOMEDROL IN 80MG INJECTABLE**

une boîte

LOT: 211542  
PER: 05-2024  
PPV: 140,00DH

60,00

**PHARMACIE OCEAN PALM**  
**HARIT NAJWA**  
Docteur en Pharmacie  
Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1  
Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza  
Tél: +212 5 20 62 31 63 - INPE: 09210361

**Dr BERRADA RHZIOUAL Kenza**  
**RHUMATOLOGUE**  
Imm 12 Apt 9 Angle Av Abdel Oued Ziz  
Agdal Rabat 90000 77 05 23 0661 45 55 79

إقامة ابن البشير رقم 12، شقة رقم 9 - زاوية/شارع الابطال وزنقة وادزيز، أكدال - الرباط  
Résidence bel bachir N° 12 Appt N° 9- Angle Avenue Al Abtal et Rue Ouedziz - Agdal - Rabat  
Tél : +212 5 37 77 05 24 - E- mail : Dr.Berrada@outlook.com ICE : 001706837000004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850