

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 045311

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 250 Société : 145324

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABSI-FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0651-98-60-05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 01 / 23

Nom et prénom du malade : ABSI Fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection rhumatologique

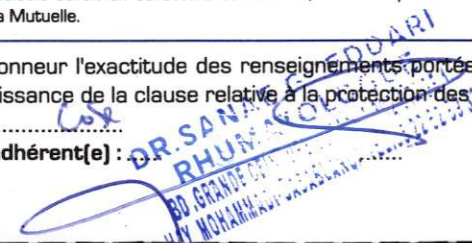
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

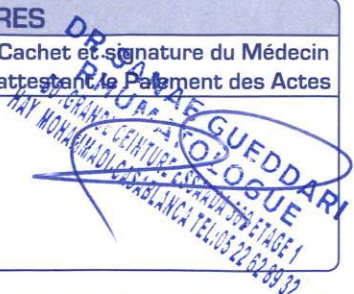
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 13 / 01 / 23

Signature de l'adhérent(e) : DR. SANAE GUEDDARI



# 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 13/01/23        | C                 |                       | 250D#                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

13/01/23

925,20

092022656

# 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

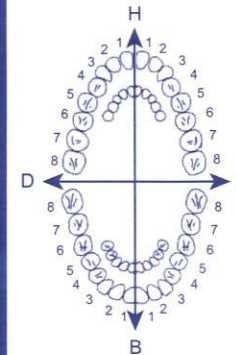
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
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. S. **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

Rabat



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 الداخلي بجامعة

مونتس  
العياشي

13/01/2023

Casablanca, le :

ABS FATIMA



- Fosavance 70 mg/5600 ui

1 Comprimé, matin une fois par semaine le matin a jeun avec un grand verre d'eau en position demi assise 30 min avt petit déjeuner pdt 3 mois

- Pirocam sothema 20 mg

1 Comprimé, midi, pendant 15 jours puis 1 Comprimé LUNDI MERCREDI ET VENDREDI PDT 3 MOIS

- Anapred 20 mg

1 Comprimé, matin, pendant 3 SEM puis 1/2 Comprimé matin, pendant 3 ser

**PERVITAL®**

Cyproheptadine chlorhydrate + vitamines

Boîte de 20 comprimés enrobés

de Préremption :

LOT : M0724  
PER : 03/2024  
PPV : 57,10DH

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Dr. S. **GUEDDARI**  
RHEUMATOLOGUE  
Bd. la grande ceinture, Essaâda 302 N° 75  
Hay Mohammadi - Casablanca

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

41, 70

41, 70

41, 70

41, 70

41, 70