

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.

N° W21-723615

Pas bon

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 903	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MR Ben Haddouche Xahcene		
Date de naissance : 5/10/11/01/13		
Adresse : 22, Rue Jaraâ N° 5 Agdal RABAT		
Tél. : 0537 77 5224	Total des frais engagés :	1630,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
DR. BENZI DERKALI RHUMATOLOGUE RHUMATOLOGUE Appl. 9, Imm. 12, Angle Av. Abdal Rue Oued Zg. Agdal - Rabat Tél. 05 22 77 42 77 - 05 22 77 42 77 Fax : 05 22 77 42 77		
Date de consultation : 20/12/2023		
Nom et prénom du malade : GHIZAOLI GHIZIA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Ostéoporose		
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 : **20/12/2023** Le : **20/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
2012-2013			300 Dt.	INP : 10776588 Dr. KENZA DE RHUMAD AL HADIA RHUMAD LOGUE 9, Imm. 1, Agdal Av. Abda Agdal, Casablanca Tél: 066145579

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Al Inbiat Monsouda Mohamed Al Inbiat NPE : 1010123478 Tél : 05 37 60 71 00	20/12/2023	1330,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		35533411		11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	35533411		11433553													
	B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'Actions Sociales de Royal Air Maroc

le 01.11.2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:
DR SABER HACHA

Certifie que M^{lle}, M^{me}, M: Ghazouli Edouard Ghizlane

Présente

..... une maladie chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de:

..... longue durée

Dont ci-joint l'ordonnance.....

(A défaut noter le traitement prescrit) PavaLogic - Relpax

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36 / 05-22-91-23-76

DR SABER HACHA

L.O.T 231799 1

EX.P 05 2025

PPV 15.00

~~10.00~~

~~x 10.00~~

Diplômé en échographie Ostéo-articulaire - Grenoble

Ancien médecin à l'hôpital El Ayachi - Salé

Podologie et ostéopathie



الدكتورة كنزة براادة غزيرول

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل واللؤلؤ - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا

علاج الرجل - تقويم العظام

ORDONNANCE Le 20/12/2023

Ghizlane GHAZOULI

$(176 \times 3) = 528$ -
• ADRONAT CO 70MG B4 COMP

un cp / sem le matin a jeun avec un grand verre d'eau et rester assise 1/2 h. traitement de 3 mois

$(15 \times 10) = 150$.

• PANALGIC CO 500MG/50MG B16 COMP

un cp 3 fois par jour pendant 3 mois

$(97,6 \times 3) = 292,80$

• REDLIP CO 20MG B30 COMP

un cp par jour pendant 3 mois

291 • FOSTER AEROSOL B120 DOSES

une app 3 / jour

69 : • DOCIVOX SI 200ML SIROP

une cas 3 fois / jour pendant 15 j

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

N
= 133,08
Pharmacie AZ-ZAHRA
Dr. Bensouda Mohammed Oussama
INPE: 102012978
7 Bis, ^ Oued Roman, Hay Al Inbiat
Salé - Tel./Fax : 05 37 80 71 00

LOT: 230517
DLUO: 06/2026
89,00DH

$176,00$
 $\times 3 \text{ Ed}$
PPV 03/2024
L.O.T M757

97,60
 $\times 3 \text{ Ed}$.
Dr. KENZA RHULIS
Appt. 9, Imm. 12, Angle AV.
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 05 24 - E-mail : Dr.Berrada@outlook.com

إقامة ابن البشir رقم 12، شقة رقم 9 - زاوية شارع الابطال و

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 : 00170683700004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850