

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-439761



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : N° Benhaddouch Zohra

Date de naissance : 05/01/1943

Adresse : 27, Rue Darsa N° 5 Agdal RABAT

Tél. 0671701392

0537778274

Total des frais engagés :

630,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KENZA BERRADA RHIZIOUAL
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél. 05277524 QSM: 0561 45 55 79

Date de consultation : 17/12

Nom et prénom du malade : GHAZOULI GHIZALI

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Nature de la maladie :

OSTOPATHIAS

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 : RABAT

Le : 17/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZ-ZAHRA Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbia Salé - Tel/Fax : 05 37 80 71 00 INPE 10 20 19 978		6'890

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

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"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														

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

DR. KENZA BERRADA RHUMATOLOGUE

Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
 Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
 Tel.: 05 37 77 05 24-GSM: 0661 48 55 75



الدكتورة كنزة براادة غزيرول

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

دربجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل واللواتار - غرونوبل

طبية سابقة في مستشفى العيashi بسلا

علاج الأرجل - تقويم العظام

Rabat le : ٧٧٧٢١٥

GHATOULI

GHIZANE

٣

2x49,60 99,20

D - can forte 100ml

Tamp x n°nuler = 75g

PPU: 49,60 DH
 LOT: 19F18/B
 EXP: 06/2022

prix 100g / mois pt B mois

3x193,60 = 580,80

2 Fosavance 5600.

1cp / 8m le mat à jeun
 une goutte d'eau et nster.
 1/2 h assai sur débat
 ptL 3mois

Pharmacie AZ-ZAHRA

Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat

Tel: Tél/Fax: 05 37 80 71 00

PPU: 49,60 DH
 LOT: 19F18/B
 EXP: 06/2022

Dr. KENZA BERRADA RHZIOUAL
 RHUMATOLOGUE
 Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
 Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
 Tel.: 05 37 77 05 24-GSM: 0661 48 55 75

إقامة ابن البشير رقم 12، شقة رقم 9 - زاوية شارع الابطال وزنقة وادزير، 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 : 00170683700004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850

70038199/00-1
ANAL 294/17 DAB/P21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P.136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70038199/00-1
ANAL 294/17 DAB/P21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P.136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70038199/00-1
ANAL 294/17 DAB/P21/NRQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P.136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH