

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-439761

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benhaddouch Lehen

Date de naissance : 05/01/1943

Adresse : 22, Rue Dorcas N°5 Agdal RABAT

Tél. : 0671701392 0537778274 Total des frais engagés : 680,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KENZA BERRADA RHIZUAL
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tel: 05 37 77 05 24 GSM: 0661 45 55 79

Date de consultation : 17/12

Nom et prénom du malade : GHIZANE Age: 62 ans

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

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 : RABAT Le : 17/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant de l'acte des honoraires
17.12.19	←		<p>Dr. KENZ BERRADJ ALUMAT Appl. g. lms. 14. Angel - Rabat Rue Qued Zin tel. 05 37 77 05 24 GSM: 0661 15 55 89</p>
			<p>Signature et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</p>
			<p>INP: 10165186</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZ-ZAHRA 815, Av. Oued Roman, Hay Al Inbia Tél - Fax : 05 37 80 71 00 INPE 10 20 19 978		68,900

[illegible]

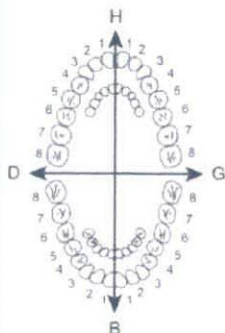
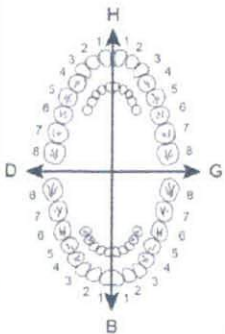
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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 PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 - Sale

Podologie et ostéopathie



الدكتورة كندة بريدة غزيول

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالمدى للمفاصل واللاوتار - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا

علاج الأرجل - تقويم العظام

Rabat le : 77/2/11

Dr. KENZA BERRADA RHZIOUAL
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 05 24 - GSM: 0661 45 55 75

GHATOULI

GHIZANE

2x49,60 99,20

D - au 1er 1000

Tamp 2 mmuler 2 75g

PPUI: 49,60 DH
LOT: 19F18/8
EXP: 06/2022

pu

Tamp / min ptt Bm

3x193,60 = 580,80

Fosavance 5600

7cp / 8m le mat à jeun
une 7g d'eau et rester
1/2 h assis ou debout
pall 3mm

Pharmacie AZ-ZAHRA

Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat

Sale - Tél/Fax : 05 37 80 71 00

Dr. KENZA BERRADA RHZIOUAL
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 05 24 - GSM: 0661 45 55 75

إقامة ابن البشير رقم 12، شقة رقم 9 - زاوية شارع الابطال وزنقة واديز، 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

70058199/00-1
ANAL 294/17 DMSZLNHQ



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

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
ANAL 294/17 DMSZLNHQ



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

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
ANAL 294/17 DMSZLNHQ



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

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH