

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.

Nº W19-439763

ND: 87 734

Optique Autres

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : n° Benhaddouche Lahcen

Date de naissance : 05/01/1943

Adresse : 22, Rue Jaraa, N° 5 Agdal RABAT

Tél. : 05 37 77 52 24 Total des frais engagés : 580,80 Dhs

Tél. : 06 71 70 13 92

Cadre réservé au Médecin

DR. KENZA BENHADDOUche
RPHMATOLOGUE
Appt. 9, INDAIR Angle Av. Allal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tel: 05 37 77 05 24 GSM: 066 45 55 79

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : GHIZLANE ÉP BENHADDOUche Age:

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/10/2020

BELEVE 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
5 AVR. 2020				INP : 101745000000 Dr. KENZA BERRAK BIJAU RHUMATOLOGUE Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abial Rue Oued Zg. Agdal - Rabat 27-05-24-GSM : 0661 45 55 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AZ - Monamman Bensouda Hay A Justine Roman Hay A 05 37 20 7</i>	15/04/18	580,80 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

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

BELIEVE DES EBRAIS 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">36533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		36533411	11433553	B			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	36533411	11433553																	
B																			
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE 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 براادة غزيوال

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل والوتوار - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العيashi بسلا

علاج الارجل - تقويم العظام

Rabat le : 15 AVR. 2020

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

GHAZOULI Ep BEN HADDOUCH Ghizlane

7 Fosavance 5600

(193,60x3) = 580,80 mg / sm le mat 2 juin m
 580,80 Tag d'un d'eau et nota.

assis à R

jeu

3 mois

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
 70058199/00-1
 ANM 294/17 DMF/21/NRQ

Fosavance 5600 UI
 4 comprimés
 DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
 P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
 ANM 294/17 DMF/21/NRQ

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1
 70058199/00-1
 Fosavance 5600 UI
 4 comprimés
 DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
 P.P.V: 193,60 DH

Fosavance 5600 UI
 4 comprimés
 DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
 P.P.V: 193,60 DH

Dr. Bensouda Monahmed
 Pharmacie AZ-ZAHRA
 615, Av. Oued Romane, Hay Alpi
 Casablanca - Tél/Fax: 05 37 80 71 00

Dr. KENZA BERRADA
 RHUMATOLOGUE
 Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
 Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
 Tel.: 05 37 77 05 24-GSM: 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 : 00170683700004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850