

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-578381

73030

Cor

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 903 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Benhaddouche Lahcen

Date de naissance : 05/01/1943

Adresse : 22, Rue Jараа N° 5 Agdal RABAT

Tél. : 0537775224 Total des frais engagés : 10.95,80 Dhs

0671701392

Cadre réservé au Médecin

DR. KENZA BERRADA RHIZIUAL
RHUMATOLOGUE
Appt. 9 Arrm. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
01.05 37 77 05 24 GSM : 0661 45 55 79

Cachet du médecin : 06 MAI 2021

Date de consultation : 06 MAI 2021

Nom et prénom du malade : Ghizlane Age: 66

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **PRA** **ZOUKAR**

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 : 06 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06 MAI 2021

VOLET ATTACHE

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
06 MAI 2121				INP : 1107765888P DR. KENZA BERRAKHRIQUAL RHUMATOLOGUE Appt. 9, Imourz, Angle Av. Abtal Rue Qued Ziz, Agdal, Rabat Tél.: 05 37 77 05 24 GSM : 060 45 55 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL-ZAHRA 16 Av. Qued Roman, Hay Al Injal Télé - Tél/Fax : 05 37 80 71 00	6/5/21	7958

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

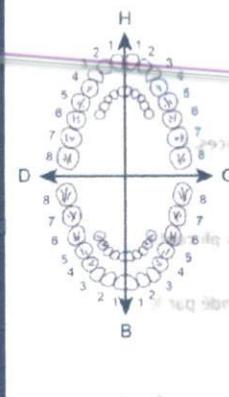
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

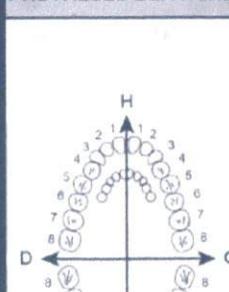
Important :

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 : [REDACTED]



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]

FIN D'EXECUTION [REDACTED]

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Dr. Kenza BERRADA
Spécialiste en Réumatologie

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 غزيول
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

Rabat le : 06 MAI 2021

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

(1519) 138

Nom du patient : Ghizlane GHAZOULI

- PANALGIC CO 500MG/50MG B16 COMP

un cp par jour si douleur

ttt de 3 mois

$$40 \times 27 = 80 -$$

- DERMOVAL GEL 0.05% 20ML

une app par jour pendant 3 mois

$$10360 \times 3 = 5808$$

- FOSAVANCE CO 70MG/5600UI B4 COMP MV

un cp / sem le matin à jeun avec un gd verre d'eau et rester assise 1/2h. ttt de 3

ttt de 3 mois

pharmacie AZ-ZAHRA
Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat
Salé - Tél/Fax : 05 37 80 71 00

79580

pharmacie AZ-ZAHRA
Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat
Salé - Tél/Fax : 05 37 80 71 00

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

إقامة ابن البشir 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 : +212 537 77 05 24-E-mail :Dr.Berrada@outlook.com ICE : 00170683700004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850

70058199/00-1
AMM 234/17 DMP/21/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

70058199/00-1
AMM 234/17 DMP/21/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

70058199/00-1
AMM 234/17 DMP/21/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

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 DH

6 1 1 8 0 0 1 1 6 1 3 0 1

LOT 63755
EXP 08/2022

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 DH

6 1 1 8 0 0 1 1 6 1 3 0 1

LOT 63755
EXP 08/2022

LOT 210223
EXP 01 2023
PPV 15,00
15,00

LOT 210223
EXP 01 2023
PPV 15,00
15,00

LOT 202427 1
EXP 10 2022
PPV 15,00
15,00

LOT 210223
EXP 01 2023
PPV 15,00
15,00

LOT 210223
EXP 01 2023
PPV 15,00
15,00

LOT 210223
EXP 01 2023
PPV 15,00

15,00