

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-578379

Compte
90429

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0903 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : M. Benhaddouch Lahcen

Date de naissance : 3/10/1943

Adresse : 22, Rue Darou N°5 Agdal RABAT

0671701392 Total des frais engagés : 1417,10 Dhs

0537775211

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : GHAZOULI Ghizlane Age : 7/2/1957

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cementose + ps

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 : 22/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVÉ 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
22 OCT 2021				INP : 7076555

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAMARA Dr. Bensouda Mohamed Ou Ssama Bis. Av. Oued Roufan, Hay Almbiat Tél: 03 37 80 71 00	22/10/2021	1117,15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

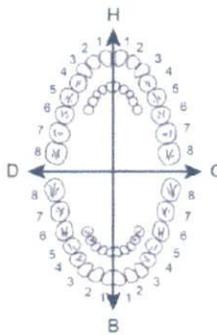
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

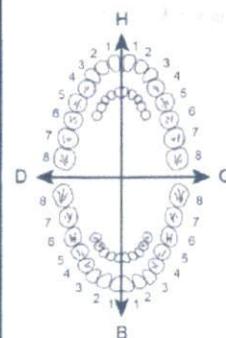
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

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



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"/>

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 - Saïé
Podologie et ostéopathie



الدكتورة كنية برادة غزول
اختصاصية في أمراض الروماتيزم
خريجة كلية الطب الرباط
دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل والاورتار - غرونوبل
طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا
علاج الارجل - تقويم العظام

Rabat le : **22 OCT. 2021**

ORDONNANCE Le 22/10/2021

Ghizlane GHAZOULI

MIKET CL 0.25MG/ML 5ML COLLYRE

une gtte 3 fois / jour pendant 3 mois

MYDOFLEX CO 150MG B30 COMP PELLI

un cp deux fois par jour 15j

D CURE AB FORTE SOLUTION HUILEUSE BUVABLE B3 AMPOULES BU

une ampoule / 15j . 2 mois . puis une ampoule/ mois . 3 mois

FOSAVANCE CO 70MG/5600UI B4 COMP MV

un cp par semaine le matin à jeun avec un grand verre d'eau et rester une demi heure assis ou debout . traitement de 3 mois

PANALGIC CO 500MG/50MG B16 COMP

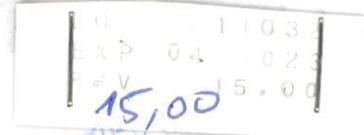
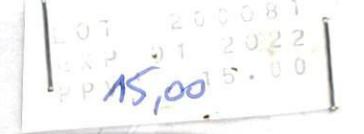
un cp 3 fois par jour pendant 3 mois

AZIX CO 500MG B3 COMP SECA

un cp par jour pendant 6 jour

ORAPRED CO 20MG B30 COMP EFFER

3 CP /Jour le matin après repas pendant 6 jour



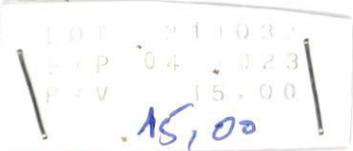
Pharmacie AZ-ZAHRA

Dr. Bensouda Mohammed

Oussama

7 Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat

Tel: +212 5 37 80 71 00



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

PPV- 79DH70
PER 12/23
LOT J3528

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3103

LOT 211032
EXP 04 2023
PPV 15,00

LOT 202427
EXP 10 2022
PPV 15,00

70058199/00-1
AMM 2024/07/21/NRQ



6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 2024/07/21/NRQ



6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
AMM 2024/07/21/NRQ



6118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 21027
EXP: 04/2024

63,00