

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

- Reclamation : 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.

M23-014497

16.5451

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : CHIRABI SARA Date de naissance : 22/11/1949
 Adresse : Résidence OCEAN PLAT. QUAI B APP 3
 DAR BOUARZA CASABLANCA
 Tél. : 0661 10 24 84 Total des frais engagés : 300 + 236,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



20 MAI 23

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOU LAARJANE Saida Age : 67

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Scaphoïd

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

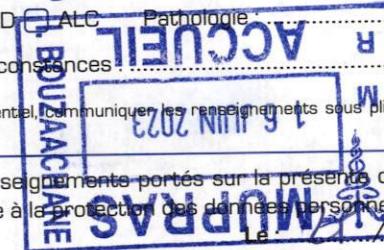
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 CASABLANCA le 23/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : 16.5451



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
0 MAI 23	45		330 Dhs	Dr BERRADA RHIZOU BHUMATOLOGUE Imm 12 App 9 Angle AV Aoual Oued Ziz Agdal Rabat 0537 77 05 24 066 45 55 19 INPE 10116850

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Radiologue
ou du Laboratoire
docteur en Radiologie
HARITI AYMANA
Route D'Zemmour - Dar Bouazza
19, Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1
Tél: +212 520 62 31 63 - INPE: 092103613

Date

Montant de la Facture

20/05/2023

236,20

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

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 بerrada غزيول

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

درجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للnoces واللاتار - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا

علاج الارجل - تقويم العظام

ORDONNANCE Le 20/05/2023

Saida BOULAAMANE

46,70 • ZYLORIC CO 100MG B100 COMP

un cp par jour pendant 3 mois

41,50 • CARTREX CO 100MG B20 COMP

un cp deux fois par jour pendant 10 j

94,00 • MYDOFLEX CO 150MG B30 COMP PELLI

un cp deux fois par jour 15j

• ESAC CO 40MG B14 COMP

un cp par jour à jeun pendant 14 j

22,00 • CEDOL CO 400/20MG B20 COMP

un cp trois fois par jour si douleur

32,00 Marbx

750 g

Dr BERRADA RHZIOUAL Kenza
RHUMATOLOGUE
Imm 12 Apt 9 Angle Av Abtal Oued Ziz
Agdal Rabat 0537 77 05 24/0661 45 55 79
N°ICE: 101165850

LOT 222202
EXP 06 2026
PPV 46.70 DH

LOT : 220750
EXP : 05/2026
PPV : 41,50DH
LOT N°:

GTIN: 06118001260850
LOT: 4016
MFG: 06 2022
EXP.: 06 2025
PPV: 940hs00

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T.
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
PPV : 32,00DH
6 118 001 082 148

Dr BERRADA RHZIOUAL Kenza
RHUMATOLOGUE
Imm 12 Apt 9 Angle Av Abtal Oued Ziz
Agdal Rabat 0537 77 05 24/0661 45 55 79
N°ICE: 101165850

إقامة ابن البشير رقم 12، شقة رقم 9 - زاوية شارع الابطال وزنقة وادزيز، أكدال - الرباط

Résidence bel bachir N° 12 Apt 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