

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : D.A.I

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité 169730

Nom & Prénom : CHRABBI SAID

Date de naissance : 22/12/1949

Adresse : Résidence Ocean Park 5ème étage 3ème appartement 3

Dar Bouazza - Casablanca

Tél. : 0661 10 24 84 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : BOULAAAMANE Said Age :

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 : 12/06/2023

de l'adhérent(e) : Said



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
12 JUIN 2023			6	DI BERRADA RHIZIQUA RABAT RHUMATOLOGUE Immeuble 12 Avenue Agdal Oued Ziz Agdal Rabat. 0537 77 06 84/0661 45 55 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OCEAN PALM HARIT NAJWA Docteur en Pharmacie t Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza +212 5 20 62 31 63 - INPE: 09210361	12/6/23	1200,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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 براادة غزيرول

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

جامعة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل واللواتر - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العيashi بسلا

علاج الأرجل - تقويم العظام

ORDONNANCE Le 12/06/2023

Saida BOULAAMANE

• **ZYLORIC CO 100MG B100 COMP**

un cp par jour pendant 3 mois

LOT : 211542
PER : 05-2024
PPV : 140,000DH

140,00 • **OEDES CO 20MG B28 GELULES**

une gél par jour le matin à jeun pendant 3 mois

60,00

60,00 • **ORAPRED CO 20MG B30 COMP EFFER**

3 cp / jour pendant 5 j , puis 2 cp / j pendant 5 j, puis 1 cp / jour pendant 5 j

• **COLCHICINE OPOCALCIUM CO 1MG B20 COMP**

un cp / jour pendant 15 j

• **MYDOFLEX CO 150MG B30 COMP PELL**

un cp deux fois par jour 15j

• **DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP**

un cp par jour si douleur

• **DIPROSTENE IN 1ML B1 INJECTABLE**

une boite

• **DEPOMEDROL IN 80MG INJECTABLE**

une boite

200,00

PHARMACIE OCEAN PALM
HARIT NAJWA
Docteur en Pharmacie
Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1
Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza
Tél: +212 5 20 62 31 63 - INPE: 092103613

Dr BERRADA RHZIOUAL Kenza
RHUMATOLOGUE
Imm 12 Appt 9 Angle Av Abtal Oued Ziz
Agdal Rabat 0524 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 : 001706837000004 - IF : 15280831 - INPE : 101165850