

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-819320

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 903 Société : 201855
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mr Benhardouch Lahcen
 Date de naissance : 5/01/1943
 Adresse : 22, Rue Jendou N°5 Agdal RABAT
 Tél. : 0671701392 Total des frais engagés : 1632,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KENZA BERRADA KUBISAL
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imn. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz Agdal - Rabat
Tél: 06 37 75 24 66 - 06 61 45 55 79

Date de consultation : 7/13/24

Nom et prénom du malade : GHARBOULI GHIZLANE Age: 67 ans

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 Le : 13/12/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
02/03/2024		5	3000	INP : 707705859

Dr. KENZA BERRADA
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Immeuble Angle Av. Phtal
Rue Oued Az Agdal, Rabat
Tél: 05 37 77 05 24 - GSM: 06 45 65 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/3/24	133240

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

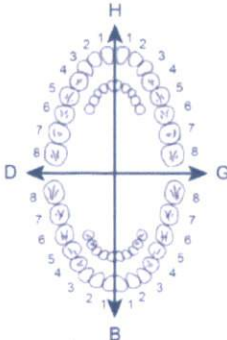
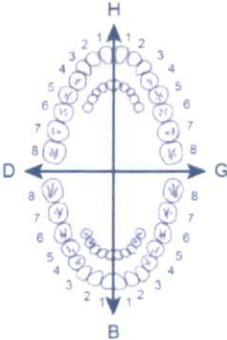
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

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 برادة غزول

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم في الفحص بالصدى للمفاصل واللاتار - غرونوبل

طبيبة سابقة في مستشفى العياشي بسلا

علاج الأرجل - تقويم العظام

ORDONNANCE L: 07/03/2024

Ghizlane GHAZOLI

$(1936 \times 3) = 58080$

• 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

$(14 \times 3) = 42 + (15 \times 7) = 105$

• PANALGIC CO 500MG/50MG B16 COMP

un cp 3 fois par jour pendant 3 mois

$(9760 \times 3) = 29280$

• REDLIP CO 20MG B30 COMP

un cp par jour pendant 3 mois

$(60 \times 1) = 60$

• ORAPRED CO 20MG B30 COMP EFFER

3 CP / jour le matin après repas pendant 6 jour

$(7940 \times 2) = 15940$

• ZITHROMAX CO 500MG B3 COMP

un cp par jour pendant 6 j

73

• APIXOL SIROP ADULTE 125ML

une cas trois fois / jour pendant 10j

134

• DOLIPRANE SU 1000MG B10 SUPPO

un suppo si dlr

Pharmacie AZ-ZAHRA
Dr. Bensouda Mohammed Oussama

INPE : 102012

7 Bis, Oued Roman

Salé, Tél/Fax : 05

133240

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

230871

10/2026

PPV 14DH40
PER 07/25
LOT M2417

KENZA BERRADA RHZIOUAL
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Im. 12, Angle Av. Abtal
Rue Ouedziz - Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 05 24 - GSM: 0661 45 55 76

إقامة ابن البشير رقم 12، شقة رقم 9 - زاوية شراح - ادزیز، 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

UT.AV: 11 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: GT4641

UT.AV: 11 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: GT4641

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



6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

60,00

97,60

97,60

→ 97,60

→ 97,60

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



6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

LOT 233001

EXP 09 2025

PPV 15.00 DH

LOT 231799 1

EXP 05 2025

PPV 15.00

LOT 231799 1

EXP 05 2025

PPV 15.00

LOT 231799 1

EXP 05 2025

PPV 15.00

LOT 231799 1

EXP 05 2025

PPV 15.00

LOT 231799 1

EXP 05 2025

PPV 15.00

LOT 231799 1

EXP 05 2025

PPV 15.00

LOT 231799 1

EXP 05 2025

PPV 15.00

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



6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH