

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° W19-439769

coufis

ND: 49897

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/11/20

VOLET ADHÉRENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20 NOV. 2020 | 6 | 6 | 33000 | INP : 7077-6581 Dr. AENKA BENKADA RHUMATOLOGUE 101, 9, Imm. 12, Avenue Abdellatif Ziz, Addax, Rabat, tel. 0524 21 0661 4553 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

~~INP : 71077-6581000
J. AENLA BERNADA RHEUMATOLOGUE
APPL. 9, INAM. 12, AV. ABDEL KADER
ZIG. AL-JEDID, 24-GSM. 0661 45 55 19~~

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie AZ Bensouda Gussara Cedri Khenifra - Hay Al Inbat Fax : 05 37 87 71 00 | 20/11/20 | 13343- |

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|--|
| | | AM | PC | IM | IV | |
|   | 2013-07-26 | | | 2 | |  Croissant Rouge Marocain |

| | |
|---|---|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins |
|  |  |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------------------|---|-----------------------------|----------|----------|----------|-------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|---|--|------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">H</p> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">D</p> | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">-----</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">-----</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | ----- | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | ----- | | D | G | B | | MONTANTS DES SOINS [] |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 169DH00
PER: 02/23
L.P.: 1593-2

LOT: 191740
EXP 07/2022
PPV 2.80 DH

700581921010-1
ANM 294/17/OMP/21/INRQ



6.118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

الدكتورة اخصاصية

فرجند

دبلوم في الفحص بالص

طبية سابقة في مستشفى العيashi بسلا

علاج الرجل - تقويم العظام

Rabat le : 20 NOV. 2020

Chirographie Ostéo-articulaire - Grenoble
Ancien médecin à l'hôpital El Ayachi - Sale

Podologie et ostéopathie



DR. AENZA BICKHAJA KHAZOULI
RHUMATOLOGUE
Appt. 9, Imm. 12, Angle Av. Abtal
Rue Oued Ziz, Agdal - Rabat
Tél: 06 37 77 05 24 GSM: 0661 45 55 79

GHAZOULI

GHIZLANE

$$(193,60 \times 3) = 580,8 \text{ Fosavance } 5600$$

1 CP / 80 mg le mat & jeudi une

$$(109,20 \times 2) = 218,40 \text{ mg d'eau et sur un } \frac{1}{2} \text{ h } / 3 \text{ mois}$$

2 Gapax 25mg

$$(94 \times 2) = 188 \text{ Hydrex } 188 \text{ less } 188 \text{ p.t. } 3 \text{ mois}$$

3 Hydroflex

$$720 \times 28 \text{ p.t. } 7 \text{ mois}$$

4 Dolixox 90

$$740/6 \text{ p.t. } 7 \text{ mois}$$

5 Ordo 25 Pharmacie AZ-ZAHRA
Dr. Bensouda Mohammed

Oussama

7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat
Casablanca - Tél./Fax : 05 37 80 71 00

6 Maxigrip

710/8

133,43 = 710

ستة رقم 9 - زاوية شارع الابطال وزنقة وادزيز، أڭادل - 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

Santé-aventure Maroc
Ain Tebda - Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml
sol/jel/b1
P.P.V : 125,30 DH
6.118001160471
Barcode

579

اقامة

7055199700-1
ANM 294/17 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

7058199700-1
ANM 294/17 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

