

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 vignette, une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie

Optique

Réédition

Dentaire

Méloïdie et affection. Lycée Durán A.R et A.S.C



MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Digitized by srujanika@gmail.com

Nº W19-490609

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule	1172	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :	MobilKA	EL MOKHTAR	.
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/		
Nom et prénom du malade :	Age : _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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 p [confidential] à l'agent conseil de la Mutuelle.			

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Mise en charge : pec@mupras.com

Hésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000.1172 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mobika EL MOKHTAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : /

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 fournis 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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.11.2013	288,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

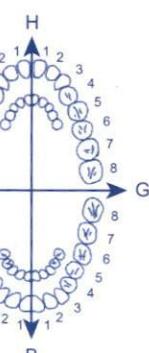
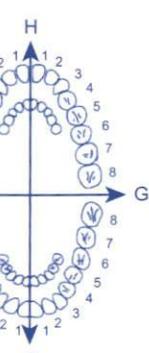
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'IRM.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ D & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array}$ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Médecine de Travail

الدكتورة عرفة الجلوي ف. سكينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

طب الشغف

Casablanca, le :

18/12/2005 الدار البيضاء، في :

Youssef DaliKa

ص ٢٣

1) Examens

ص ٢٤

Echographie

ص ٢٥

2) Officinale

ص ٢٦

ص ٢٧

ص ٢٨

3) Sébastien

ص ٢٩

pour la fermeture

INR : 091 04 19 78 / TÉL : 00212 34 66 00 03 A

INR : 091 04 19 78 / TÉL : 00212 34 66 00 03 A

ص ٣٠

شارع واد سبو زنقة 174 رقم 65 هي الألفة الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 12 77 - المحمول : 06 61 31 09 83

Bd. Oued Sebou, Rue 174 N° 65 Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

8
LOT

01 22

PER

Prix

65,00

LOT

191111

EXP

05 21

PPV 170.00 DH

 DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

45 ☀ ☇ ☀ ☇

ANTI-BACTER

53,20



COMPOSITION :

Aqua, Sodium Chloride, Cocamide Dea, Cocamidopropyl betaine, Sulfonated methyl betaine, Peg-7 Glyceryl Cocoate, Glycerin, Chlorphenesin, Salicylic Acid, Sodium Benzoate, Parfum, Magnesium Salts (Chloride And Nitrate), Sodium Hydroxide, Methylchloroisothiazolinone, Methylisothiazolinone.

CONSEILS D'UTILISATION :

- Hygiène des peaux fragiles ou sèches de l'enfant à partir de 3 ans et de l'adulte (convient aux femmes enceintes ou allaitantes).
 - Toilette intime quotidienne.
 - Hygiène anale quotidienne.
 - Nettoyage quotidien du visage et du corps.
- Contient un agent anti-bactérien, efficacité testée en laboratoire sur *Pseudomonas aeruginosa*, *staphylococcus aureus* et *Escherichia coli*.

MODE D'EMPLOI :

Utiliser quotidiennement la crème lavante sur le visage et le corps. En usage externe, une à deux fois par jour. Utiliser sur la peau et les muqueuses préalablement mouillées, faire mousser, puis rincer à l'eau. Éviter tout contact avec les yeux. En cas de contact, rincer abondamment.

PRESENTATION :

- Flacon de 125 ml
- Flacon de 250 ml

LABORATOIRES JUVA SANTE

8, Rue CHRISTOPHE COLOMB, 75008 PARIS

FRANCE