

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.

Educateur :

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.

Chirurgien :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion 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 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0039432

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074

Société : 25016

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR HANNEB

Date de naissance : 15/07/1953

Adresse : RTE Maghnia lot Talhaoui Rue B3 N°49

OUJDA

Tél. : 06 11872596

Total des frais engagés : 79,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BRAHIM SAMIAZIZ
Professeur Agrégé
Oncologue Médical
INPE : 141148192
CHU MED VI - Oujda

ACCUEIL

Date de consultation : 4/1/20

Nom et prénom du malade : M^{me} ABDEMOUMNI RACHIDA Age: 61

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer du sein

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 : OUJDA

Le : 27/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
				<p>Dr. BRAHMI SAMI AZIZ</p> <p>Professeur Agrégé</p> <p>Oncologue Medical</p> <p>INPE : 14748197</p> <p>CHU MED VI - Oujda</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدية أزهار إسلام</p> <p>PHARMACIE AZHAR ISLAM</p> <p>DR. RIM MAHMOUDI</p> <p>Oujda - Tel: 0536 522 276</p>	4-01-2020	79,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

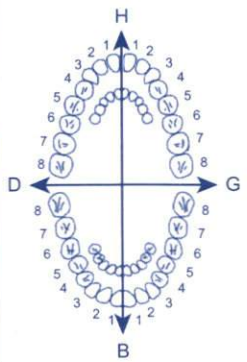
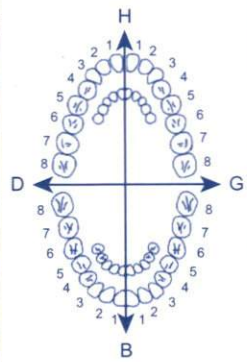
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D			B																									
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT: 19E033V
PER: 09/2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH60



مركز الكندي
IENTAL AL KINDY
Incologie & Diagnostic du Maroc

IRM Haut Champs 1.5T
Scanner multibarettes
Mammographie
Echographie
Radiologie Conventiennelle

4/1/20
Mr ABDELNOUMEN RAENIDA

30.50

① Imodium (S.V)

2 gell après la 1^{ère}
la selle liquidienne puis

2 gell / 4th (max = 8 gell)

48.50

② Cotipred 20 2cp (S.V) et 1/2
le soir de la CT

T=7900
à 16H00
puis 2cp et 1/2 nuit 3j

صيدلية ازهار اسلي
PHARMACIE AZHAR SL
DR. RAM MAHMOUD
Oujda - Tel: 0536 522 276

DR SAMI AZIT
D'ur Agre
gue Med
141148197
CO VI - Oujda

www.alkindyoriental.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda
Tél : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85
E-mail : contact@alkindyoriental.ma
IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 400181 Patente : 34256327

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métsulfobenzate sodique)
Excipientes q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métsulfobenzate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indication contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH60

PER : 07-22

LOT : 11737

b

BOU...
82, Allée des Caprimons - Ain Seba - Casablanca
S. Bachoune - Pharmacien Responsable