

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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-531417

25 977

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5509 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ENNAHIR AZZEDINE
 Date de naissance : 13 12 1962
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 0662491781 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr BENKABBOU KLEIN
 Brigitte
 48, Rue Mehdi Ben Barka Bourgogne
 Casablanca - Tél. : 05 22 27 09 38
 Date de consultation : 16 13 / 10 20
 Nom et prénom du malade : ENNAHIR ghalya Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : affection brachylique
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	16-3-2020

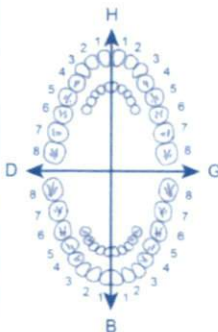
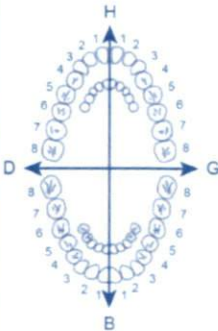
[illegible][illegible]

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 canaux, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <hr/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél. : 0522.27.09.38 - Fax. : 0522.26.62.44
E.Mail.b.benkabbou@atlasnet.net.ma

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
CASABLANCA

الدكتورة بن قبو كلين بريجيت

خريجة كلية الطب بنانسي

طبيبة سابقا بمستشفى الأطفال

بالمعهد الطبى الجامعى ابن رشد

48. زنقة المهدي بن بركة حي تسهل

بوركون الدار البيضاء

الهاتف : 0522.27.09.38

الفاكس : 0522.26.62.44

Casablanca, le

ENNANIR ghalya

138,30
Augmentin 500 mg

24 water

an causes reys

24 2004.
ble de 32

34,70

Rectus abdominis

8. 11. 15

50,00

• Curve of \log be seen as below

86,50
deuil fort

1 inhalation nasale
et se

309,50

Dr BENKABBOU KLEIN
Brigitte
48, Rue Mehdi Ben Barka Bourgogne
Casablanca - Tél. : 05 22 27 09 38

med
**CLENIL
FORTE[®]**

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 200 doses

 **chiesi**

86150



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 630364
PER: 05/21

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

PPV 34DH70

EXP 12/2022
LOT 90052 5

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

Curtec®
Cétirizine
10 mg

30 comprimé

PPV: 88DH00

PER: 08/22 88,00

LOT: I1912

