

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-527524
(33177)

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10645 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KESLY HIND
Date de naissance : 03/06/1980
Adresse : 31 Rue JAAFAR BOUALAKE Bengue
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/06/2020
Nom et prénom du malade : KESLY HIND Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : infection dentaire
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-527524

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10645
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés : 543,00
Date de dépôt :

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
				INP : 811001900

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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

Abdellah Bennani
Docteur en chirurgie dentaire

Diplômé de l'université Paul Sabatier Toulouse

Diplôme universitaire d'occlusodontie et prothèses (Toulouse)

Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantologique (Paris)

Diplôme universitaire de prothèse adjointe complète (Toulouse)

Diplôme universitaire d'Implantologie basale (Nice)

Master en Implantologie et réhabilitation orale (Bruxelles)

Casablanca, le :

18/06/2020

58,40

Solupred 20mg

168,20
- AUGMENTIN
58,40 1ur 2x 8j
- Solupred 20mg
3x 1/2 la durée d'abi.



PPV: 22DH20
PER: 12/21
LOT: I2959



PHARMACIE MERYEM
Mme BEN YAHIA Ikhllass
14 Bis, Boulevard Ibnou Sina
CASABLANCA - Tél: 05 22 36 33 27

Pharmacie Meryem
19 bis Bvd Ibnou Sina
Tél: 0522 36 33 27
CASABLANCA
Mme Ikhllass Benyahya

Dr. Abdellah BENNANI
Dentiste
Casablanca
Tél: 0522 36 33 27

CENTRE DENTAIRE BENNANI

19 Bis, Bd. IBN SINA - Casablanca - Tél. : 0522 94 04 04 - GSM. : 0661.43.77.78
e-mail : bennani@maroc-implants.com - www.maroc-implants.com

nt s'étendre de façon très grave à tout le corps),
pustules et accompagnée de fièvre, (voir **Faites**
dose- Mises en garde spéciales).

brusque gonflement du visage et du cou), gêne
nsion buvable en sachet-dose- Mises en garde

ns les urines) ont été signalés.
ets indésirables deviennent graves, veuillez en

ble en sachet-dose?

e après la date de péremption mentionnée sur la

andez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des

efficaces contre les infections dues aux virus.
à votre cas et à votre maladie actuelle.
phénomène est appelé résistance : il rend certains

même de rendre inactif ce médicament, si vous

tre une maladie apparemment semblable.
à sa maladie.
entamées pour une destruction correcte et

PPV: 168/20 DH
LOT: 569000
PER: 11/8

ACIDE CLAVU
AUGMENTIN

1 g/125 mg

Rapport amoxicilline / acide clavulanique : 8/1

Veuillez lire attentivement l'intégralité de c

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir bes
- Si vous avez toute autre question, si vous a
- Ce médicament vous a été personnellemen
- pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grav
- médecin ou à votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN 1 g/125 mg
UTILISE ?

Il s'agit d'un antibiotique de la famille des bêta.
Ce médicament est indiqué dans le traitement
administré par voie injectable, notamment dans
et/ou résistantes aux antibiotiques actuellemen

Que contient AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULT

Les substances actives sont:

Amoxicilline

Sous forme d'amoxicilline trihydratée

Acide clavulanique

Sous forme de clavulanate de potassium

Pour un sachet-dose.

Liste des excipients à effet notoire: aspartam

Qu'est-ce que AUGMENTIN 1 g/125 mg ADUL

Ce médicament se présente sous forme de pou

AUGMENTIN 1 g/125 mg ADULTES, poudre po

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A C
buvable en sachet-dose?

Ne prenez jamais AUGMENTIN 1 g/125 mg A

- allergie aux antibiotiques de la famille des
- antibiotiques du groupe des céphalosporine
- allergie connue à l'un des composants du r
- en sachet-dose?),
- antécédent d'atteinte hépatique liée à l'ass
- phénylcétonurie (maladie héréditaire dépist

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS

Faites attention avec AUGMENTIN 1g/125 m
clavulanique: 8/1):

N200852-04

