

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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-551507
N.D. 35405

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 335A Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TALAL Abd elhak

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : habituelle

Tel : Total des frais engagés : 168,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 AOÛT 2020

Nom et prénom du malade : TALAL Abd elhak

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, comme le Bureau des Renseignements sous pli confidentiel et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : oujda Le : 01/17/20

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES				
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez 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	Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires				
	Détermination du coefficient masticatoire			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
(Création, Remont, adjonction)				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
			Date du devis	
			Fin de	
VOLET ADHERENT				
NOM: <u>ABDEL HAKIM JALLOL</u> Mle				
DECLARATION N° <u>W47-089021</u>				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				

19-551507

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		DATE DE DEPOT/...../201...	
A L'EMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 335.1	
Nom & Prénom <u>Abdel hakim JalloL</u>			
Fonction: <u>Contrôleur A.D.</u>		Phones: <u>0673730831</u>	
Mail: <u>abdelhakim.jalloL@airmaroc.ma</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Abdel hakim JalloL</u>	
Adherent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age <u>60 ans</u> Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE			
Date: <u>06/07/20</u>			
Montant de la facture			
INPE: <u>082012873</u>			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Date:			
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

Dr. Yassine Cherif
BOUSSELHAME

Chirurgien Dentiste
Soin - Orthodontie
Blanchiment - Implantologie



الدكتور ياسين الشريف
بوسلهام

طبيب جراحي للأسنان
علاج - تقويم - تبييض - زرع الأسنان

6/7/20

R
168.20

Total ABkelin

① Augmentin 4/1

1g

2x1

17



K=16

PHARMACIE AZIZI
Dr AZIZI Sofia
23, Bd. El Makdiss - Hay Oudj
Tél.: 05 36 50 25 33 - OUJDA

PHARMACIE AZIZI
Dr AZIZI Sofia
23, Bd. El Makdiss - Hay Oudj
Tél.: 05 36 50 25 33 - OUJDA

Dr Yassine Cherif BOUSSELHAME
Chirurgien Dentiste
112, Bd. Allal Ben Abdellah
Imm. Grati Apt. 3 - 1er Etage - OUJDA
Tél.: 05 36 70 82 45

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique 125mg
(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartam (environ 30mg).

Mise en garde spéciale : risque d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



B200969-01

gsk

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

16 SACHETS

**poudre pour
suspension
buvable
en sachet**



أوغمنتان 1 غ / 125 ملغ

أموكسيسيلين / الحمض كلافو لانيك

مسحوق لطيف في كيس قابل للشرب

AUGMENTIN 1 g/25 mg ○
16 sachets



6 118000 160182





GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda,
Région de Rabat
Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angie Bd Rachidi
et Rue Abou
Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000

هذا النوع من حالات حساسية
الزوايا من 25° ويبدأ عن الوسطية.
الاطفال تحت درجة حرارة
يحدث عن تناول ممرات
الزوايا من 25° ويبدأ عن الوسطية.

19/125 mg



AUGMENTIN
AMOXICILIN-ACIDE CLAVULANIQUE

PPV: 168,20 DH
LOT: 610827
PER: 11/20

Uniquement sur ordonnance

pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
ملاحظة: يرجى قراءة التعليمات بعناية قبل الاستخدام.

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas,

Sachets



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN



1g¹²⁵ mg

**poudre pour suspension
buvable en sachet**