

RECOMMANDEATIONS 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

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

DECLARATION DE MIAIRAT

N° W19-561894

par

couver

Dep 31/08 /2020.

39183

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6884

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benjelloun Taziou Aissa

Date de naissance :

02/06/58

Adresse :

1 Rue Sidi Jaffar

Boulogne -

CASA

Tél. : 0661390669

Total des frais engagés : 639,70

Cadre réservé au Médecin

T. H. BENJELOUN
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél. +212 05 22 85 00 00

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/07/2020

Nom et prénom du malade :

BENJELOUN Amine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie :

DERMO

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'at

médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : 26/08/2020 CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-561894

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

Matricule :

6884

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

W19561894

RELEVE 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
11/07/2020			339,70	INPE : 091028167 Pr. H. BENCHIKHI Dermatologie - Vénérologie Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam Casablanca - Tel: 05 22 05 22 85 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEMAMA Avenue du Phare, Résidence Taghazout Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67	17.07.2020	339,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

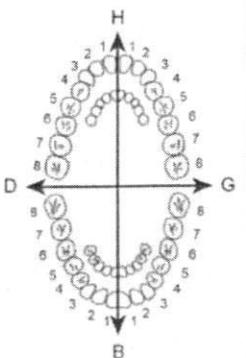
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمه بنشه

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقـة لقسم أمراض الجلد مستشفي ابن رشد بالدار البيضاء.

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

100000

Aure BENJELLOUN Anissa

1) Preparation

Kelend emelin

Alik

Daniel gel
stunelic lötē

steak

250,50

lau(ljuej) ~ le aps p(auljuej)
SP

Λ7.40 2)

Daniel weee

$$\overline{L_{eff} \times 25100} = 1991.5$$

SP

13.40 x 23)

Colchicine 100 μg/mouse

451004)

Zoirux a/c **Pr. H. BENOÎT** Dermatologie - Vénérologie
10, Rue des Etangs et Rue Amsterdam 1000 Bruxelles 02 25 00 00

339.70

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam

Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
C 05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

hb.benchikhi@gmail.com

كولشتين ١ ملخ

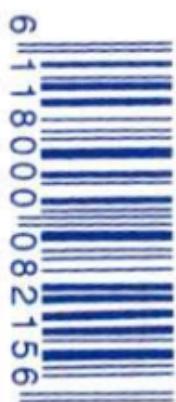
أوبوكالسيوم

كولشتين

Colchicine 1mg

OPOCALCIMUM

20 comprimés sécables



عن طريق الفم

LOT 190979
EXP 05/2021
PPV 13.40DH

20 قرصا قابلة للكسر

لائحة A - جدول A

Respecter les doses prescrites

تحتاج لجزء من عدّة أيام

Uniquement sur ordonnance

بسبل آن بوصمة الطبيب

Fabriqué par

COOPER
PHARMA

41, rue Mohamed Diouri
20110 Casablanca.

Amina DAOUDI : Pharmacien Responsable.
Sous licence des Laboratoires MAYOLY SPINDLER

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg

OPOCALCIMUM

9

G791BR6/12

Zovirax® 5%
aciclovir
crème

Zovirax® 5%
aciclovir
crème



Voie
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
6 118001 141548

ID : 629045



GlaxoSmithKline

Titulaire/Exploitant :
Laboratoire GlaxoSmithKline
100, route de Versailles
78163 Marly-le-Roi Cedex

1000000
0095212

Zovirax® 5%
aciclovir
crème
tube de 2 g.



EXP 12 2020

Lot 67971

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 17 40 DH

Ref : 622122



6

118000161295

Dermoval

0,05 % CREME

Tube de 10 g

