

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 spécifiques, 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 5 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.

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° W19-570152

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01650 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKHIR Karim

Date de naissance : 02/06/1953

Adresse : 422 ASSIF A MARRAKECH

Tél. : 06 11 69 90 35

Total des frais engagés : 488,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZENJARI Afifa
Médecine Générale
Diabétologue
279, Rue Dajana Assif B Cité Mohammed
Marrakech - Tél : 05 24 30 55 73

Date de consultation : 12-11-2020

Nom et prénom du malade : BELKHIR Karim Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Age + Diabète

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 : Marrakech Le : 17 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : BELKHIR

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-570152

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 : 01650

Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR

Total des frais engagés : 488,30

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
12.11.2020	C	1	17054	INP : 071148378 Dr. ZENJARI Médecin Généraliste Diplômé 283 Avenue Dajou Assil 5ème Mohammadia Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.11.20	338,30

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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur ZENJARI Afifa

Médecine Générale

279, Rue Abi Dajana Assif (B)

Cité Mohammadia - Marrakech

Tél. : C/D : 05 24 30 66 72

Diabetologue

دكتورة الزنجاري عفيفة

الطب العام

279، زنقة أبي دجانة

سيف (ب) الحي المحمدي مراكش

هاتف: مكتب / منزل : 05 24 30 66 72

اختصاصية في أمراض السكري

Marrakech, le : 12-11-2020 : مراكش، في

Dr. Karine BELKHIR

185.30

1° Vaxigrippe

2° Dolipr 1000

186.30 1 v x 3/;

3) Augmentin 18

30.60 1 herbut x 3/;

4) Imodium

40.90 1 gel x 2/;

5) Zinacken

1 pnt /;

6) WTC

15.30 1 pnt /;

338.30

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0.6 ml
sol / 1/ b1
P.P.V : 125.30 DH
118001 082247

AS

AS

AS

AS

AS

PHARMACIE ENNOUNA
Dr. ZENJARI Afifa
N° 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300
Marrakech - Tél. : 05 24 30 66 72

Dr. ZENJARI Afifa
Médecine Générale
Diabétologue
279, Rue Dajana Assif - Cité Mohammadia
Marrakech - Tél. : 05 24 30 66 72

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g^{125 mg} sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ...يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 621939
PER: 05/21



.....

عليها 20 قرصا



زيناسكين®
(سولفات الزنك)

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 07/2023
LOT 06074 13

Rachid LAMRINI, Pharmacies Responsable

Alin Sebba, Mafoc
quartier industriel, Zenata
Km 10, route côtière 111

JANSSEN-CILAO
Fabrique sous licence par:
pendant ... jours
gélule(s) ... fois/jour



LOT: 19E005
PER: 11 2024

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

احترم الجرعات الموصوفة
Respecter les doses prescrites

عن طريق الفم - 20 كبسولة
إيموديوم 2 ملج



10 قرصا

10 قرصا
(فيتامين سي)
10 أقراص فيتامين سي



Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2023
LOT 06077 21

Monsieur, Madame,

En raison d'un mouvement social
à la Poste Maroc, les 26 et 27 novembre
je n'ai pas pu envoyer les Feuilles
de souss dans les délais impartis
(F.S. W19.572/50)

Je vous remercie de votre compréhension

Meilleures salutations

Mme BELKHAIR Karima
Tpe 06650.

BELKHAIR