

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

- 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 Étage 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° W19-570150

49575

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04650 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKHIR Karima

Date de naissance : 08/06/53

Adresse : 422 Assaf B. Marrakech

Tél. : 06 11 69 80 35 Total des frais engagés : 236,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. ZENJARI Afifa

Médecine Générale
Diabétologue

Cachet du médecin : 279, Rue Dajana Assif B Cité Mohammadia Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72

Date de consultation : 31-8-2020

Nom et prénom du malade : BELKHIR Karim Age :

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

Nature de la maladie : Cerveau + Mycop.

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 : 31 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : BELKHIR

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-570150

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 : 04650

Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR

Total des frais engagés : 236,80 Dhs

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
31.8.2020	C		1500H	INP : 070141378

Dr. ZENJARI Amel
Médecine Générale
Diabétologie
10, rue de la République
31000 Toulouse
Tél : 06 24 24 24 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
31.08.20	26,00	

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

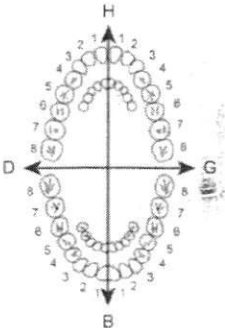
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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 []

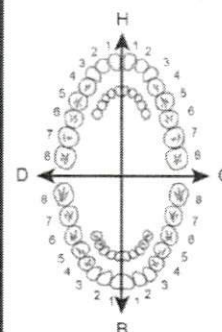
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX []

MONTANTS DES SOINS []

DATE DU DEVIS []

DATE DE L'EXECUTION []

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 : 31-8-2020 : مراكش، في :

NEKEM BELKHAR

56,00

1. ONIFINE soluti

1 app x 2/1 Tmelo
for par 4h

2. locustop

1 app/1 le nuit à part

30,00

su 3^o j' per 10

86,00

PHARMACIE BENNOUJA
Dr. LEGHASSAM BELKHAR
N° 283, Lotissement Belkhar 2
Marrakech - Tél : 05 24 30 25 82

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

التركيبة :

التيربينافين على شكل
كلوريدات 1 غ
q.s.p. 100g المسوغات
المسوغات ذات التأثير المعروف:
بروبيلين غلو كول

دواعي الاستعمال و المقادير :
الامثال لوصفة الطبيب

المحافظة :

يجب الاحتفاظ به في درجة حرارة لا
تتجاوز 25 درجة مئوية
لا يجب تركه في متناول الأطفال

شروط الإستعمال

أنظر إلى النشرة داخله
عن طريق الجلد
لا يبلع

LOT: 005
PER: SEP 2021
PPV: 56
DH: 00

Respecter les doses prescrites
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

يصنع و يوزع من طرف :

مختبرات معهد الصيدلة
ص.ب. 4491 - 12100 عين العوده - المغرب
الصيداني المسؤول: مريم الصنتراتي



LOCATOP®

Désionide 0,1%

Crème usage local

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

30 g
TUBE

LOT: 20E015
PER: 03 2023

LOCATOP 0,1%
CREME 130g
P.P.V.: 30DH00

