

# 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**

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

Declaration de Maladie

N° W19-559498

N° 48097

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR MOHAMMED

Date de naissance : 15-07-1953

Adresse : Route Maghnia lot Talkhroui Rue B3

Tél. : 06 11 87 2596 Total des frais engagés : 1209,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/08/2020

Nom et prénom du malade : ABDEL MOUMINI RACHIDA Age : 62

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Cancer du sein

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'ai médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : OUJDA

Signature de l'adhérent(e) : Le : 13 / 11 / 20

11 DEC. 2020

ACCUEIL



# 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 : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TENNIS Dr. CHAKI Zin-Eddine Rte. Maghnia B3-N°19 Tél: 0536690602-OUJDA	28/08/20	PHARMACIE TENNIS Dr. CHAKI Zin-Eddine Rte. Maghnia B3-N°19 Tél: 0536690602-OUJDA

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

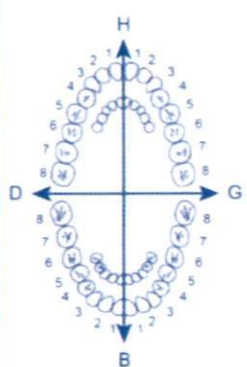
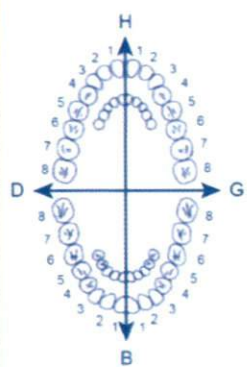
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

28/8/20

Mme  
 ABOELNOUNN RAETHDA

111000

Le tro tele 2,5 f



198/3

3 mm

Dr Khalid Molhoum  
 Oncologue Radiotérapeute  
 INPE : 681236787  
 Centre Oriental Al Kindy Oujda

PHARMACIE TENNIS  
 Dr. CHAKI Zine Eddine  
 Rte. Maghnia B3-N°19  
 Tél. 0536690602-OUJDA

www.cok.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane – Oujda  
 Tél. : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85


E-mail : contact@alkindyoriental.ma

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 400181 Patente : 34256327

28/8/20

Mme ABDELNOUMMI Rachida

$49.60 \times 2 = 99.20$


① D-cure 

2 ampoule tous

les 15 j pelt 3 mois

T-99.20

Dr Khalid Mokaouim  
 Oncologue Radiothérapeute  
 Tél : 081266747  
 Centre Oriental Al Kindy Oujda


 PHARMACIE TENNIS  
 Dr. CHAKRI Zine Eddine  
 Rte. Maghnia B-N°19  
 Tél. 0536690602-OUJDA

[www.cok.ma](http://www.cok.ma)

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane – Oujda  
 Tél. : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85

E-mail : [contact@alkindyoriental.ma](mailto:contact@alkindyoriental.ma)

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 400181 Patente : 34256327



EXP : 04/2023  
LOT : 20006  
PPV : 49,60 DH

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI  
Vitamine D3

Importé par : **Ergo**  **maroc**  
LABORATOIRES

Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.  
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



  
**SMB**

Fabriqué par :  **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



  
Remboursable

1

2

3

**Composition :**

Principe actif :

Cholécalférol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

**A conserver :**

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبوته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

**3 أمبولات للشرب**

**د-كير® قوي**

كوليالكالسيفيرول 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

Fabriquée par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



Rembournable

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20D06  
EXP: 04/2023

20

# Létrozole GT<sup>®</sup> 2,5 mg

Voie orale

60 comprimés pelliculés



TECNIMEDE GROUP

Lot: 90225  
Per: 04/2023  
PPV: 1110 DH 00

Létrozole GT<sup>®</sup> 2,5 mg  
60 comprimés

