

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-775085

244259

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : A26AT		Société : Royal AIR MAROC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MIKLASS NISSRINE			
Date de naissance : 01/03/1988			
Adresse : Résid. Com (HES) GH B3mou 19 appt 82 RDC Nassim El Goudane			
Tél. : 0663004084		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. BENJELLOUN Najat SPECIALISTE ORL 35, Boulevard Yacoub El Mansour app. No 5 - 2ème Etage Résidence Al Anfal Casablanca	
Date de consultation : 07/11/2019	Age:
Nom et prénom du malade : MIKLASS NISSRINE	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Rénante Allégeance	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/11/2019

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
07 DEC. 2022	CG		300 DHS	INP : 0911083176 DOUNIEN

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	DR SPB 25, Boulevard Montmartre 95-1989/90 App. Résidence Montmartre	Montant de la Facture
	07.12.22	95-1989/90	217.-60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
<hr/>																						
B	00000000	00000000																				
<hr/>																						
G	35533411	11433553																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Docteur Najib BENJELLOUN

SPECIALISTE O.R.L.

OTORHINO - LARYNGOLOGIE

Maladie et Chirurgie Oreille, Nez Gorge

Chirurgie de la Face du Cou

Exploration et Chirurgie de la Surdité et des Vertiges

Ex. Médecin à L'Hôpital 20 Août, Casablanca

Ex. Chef de Service O.R.L. à L'Hôpital Hassan II, Settat

07 DEC. 2022

Casablanca, le : الدار البيضاء في

Melle MIKLASS. NISRINE

(1) AVAMYS

102.60

2 bouches le mal = 130,-

(2) Aerius Sing

1 kg lessor / 30,-

(3) Fitoplus Sing

1 kg x 3 = 150,-

217.60

Tél: 0522 2862245 - Casablanca
130, Bd. M.Y. El Hassan II
N°1015, Résidence Al Anfal, Casablanca
PHARMACEUTIQUE ET SERVICES

Dr. SPECIALISTE O.R.L.
Boulevard Yacoub EL MANSOUR
App. No 5 - 2ème Etage
Residence Al Anfal
95.19.89/90 - CASABLANCA

الدكتور نجيب بن جلون

إختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن - الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

تشخيص و جراحة الصم والدوخة

طبيب سابقًا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

رئيس قسم أمراض و جراحة الأذن - الأنف والحنجرة

بمستشفى الحسن الثاني بسطات سابقًا

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine

voie orale

30 comprimés
pelliculés

LOT : 102
PER : MAI 2024
PPV : 102 DH 60



أيريوس®
5 ملغ
أقراص ملمسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص
مازن

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
6 118001 142262

ID: 6950001



France
Laboratoire GlaxoSmithKline
Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Flacon de flaconage
Suspension pour pulvérisation nasale
27,5 ml/équivalent/peut être dilué

Avanys