

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 : 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



Déclaration de Maladie

Nº W21-812875

182171

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0838	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JAMALEDDINE DIAHAN			
Date de naissance : 01/01/1943			
Adresse : 19 RUE MY IDRISI EL AZHAR - BERECHTA			
Tél. :	06 41 44 46 25	Total des frais engagés : 1342,10 DHS	

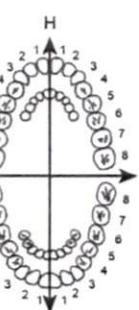
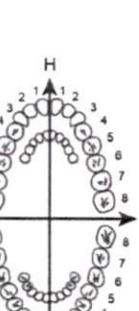
Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/09/2023			
Nom et prénom du malade : M. JAMALEDDINE DIAHAN Age : 80			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : MUPRAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : M 10 DEC 2023			
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 Le : 21/09/2023
Signature de l'adhérent(e) : Jemâl DIAHAN

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
20/09/2023		0	800,00	INP : 111-111-111-111 Dr. AZZAF S. - Neuropsychiatre - Casablanca BP 0522 Casablanca - 26000 Tél. 0522 94 00 60

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Docteur X 22, rue des Halles 75000 Paris	28.09.23	992.80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 : <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 PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابقًا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

دار البيضاء، في 26/09/2023

A: Jan 2000
Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. ZINEB
BERRECHID
Casablanca - Maroc
Tél: 0522 54 02 60

Dur: 02 mois

99.11
99.10
+ 4

Nyent. 300
— 112 —
int. 12

149.00
+ 44

Flexi mask

142f

motell

2 992.80

Dur: 02 mois

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammmed V - BERRECHID
Téléphone: 0522 54 02 60

Dr.
Neurochirurgien
Aziz CHAFIQ
51, Bd Rahal El Meskini Casablanca
Tél.: 0522 54 02 60

51، شارع رحال المسكنى - إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

LOT: 2307020
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PUC: 149.000H

AX

LOT: 2307020
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PUC: 149.000H

ATION:

et 60 gélules.

POSITION

LOT: 2307020
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PUC: 149.000H

PROPRIETES:

FLEXIMAX améliore la qualité du cartilage grâce à la combinaison du cartilage de requin et de l'Harpagophytum et permet ainsi un bien-être articulaire.

CONSEILS D'UTILISATION :

2 Gélules par jour.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Femmes enceintes ou allaitantes, demandez conseil à votre médecin.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

À conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Food supplement, is not a medicine.

Fabriqué et
Distribué par :  HEALTH
INNOVATION

10 Rue Racine Valfleur, Maarif
Casablanca, Maroc

Site de Fabrication :
Commune Sahel Had Soualem
+212 522 23 22 51
contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV.59.217.19
N°Enregistrement au ministère
DA202002567DMP/20UCAM

PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



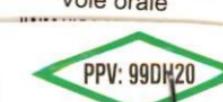
PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale



PPV: 99DH20

NUPENTIN® 300 mg
Boite de 30 gélules
Voie orale

