

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

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

style conjoint 2009

ND°=17235

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007338

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2048* Société : *R.A.M.*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *MR. BENCHERIF* Date de naissance : *01-02-1952*
 Adresse : *Sidi - Taïd*
 Tél. : *06 61 45 37 62* Total des frais engagés : *494,10 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur LEWAL Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 25 36 36 Fax: 0522 25 36 36

Date de consultation : *18 / 01 / 2020*
 Nom et prénom du malade : *MR. BENCHERIF Sidi* Age : *SAD*
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *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* Le : *20 / 01 / 2020*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18 Janv 2020		C 3	\$ 300Dt	Professeur L.L. Wanda Chirurgien Urologue Abakpa - Case 25-36 38-47

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie ELIAS.M Mme. SEKKAT Larfa 4 bis, Rue Reaumur / Bd Abdelmo'mmen Quartier des Hôpitaux - Casablanca TEL/FAX : 0522 27 65 80	18/01/20	193,10

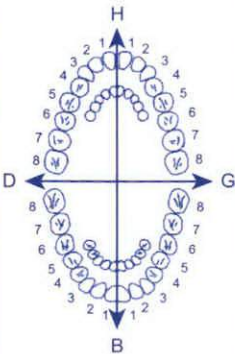
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Debut d'Execution
					Fin d'Execution

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلي والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلي والمسالك البولية

Casablanca, le 18 JAN 2020

u recherche fin fin

Pharmacie LILAS .M

Mme. SEKKAT Laïla

4 bis, Rue Bezumur / Bd. Abdelmoumen

Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél/Fax : 0522 27 65 80

193,10

Confiance only

sy li su a Zouy

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 25 88 80

76, Bd abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca ■ شارع عبد المومن الطابق الثالث الدار البيضاء

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

E-mail : melmrini@hotmail.com

Tél.: 06 06 99 39 20

CONTIFLO® OD

Chlorhydrate de Tamsulosine



60 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE

كونتفلو® OD

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300563



60 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ