

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.

Biologie 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 052095

ND=31587

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHABRI CHABRI ANIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661683357 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Le : 06/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
			Montant des soins <input type="text"/>																				
			Début d'exécution <input type="text"/>																				
			Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																					
		Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																					

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17/0056672	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

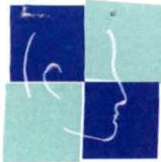


P 17/0056672

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2706	Signature de l'adherent
Nom & Prénom		CHEBICHEB LAOUA	
Fonction	Ulem IBRAHIM	Phones 0661683351	
Mail		laoua.chebicheb@hotmail.fr	
MEDICIN		Prénom du patient CHEBICHEB LAOUA	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Verge			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS	4	300	
PHARMACIE		Date 02.07.2020	
Montant de la facture		306.10	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 03/07/2020	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
704 Sins (222)	800,00		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



CENTRE BENJELLOUN D'ORL &
DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

الدكتور عبد العزيز بن جلون

أستاذ التعليم العالي بكليات الطب الرباط والدار البيضاء
حاصل على شهادة جراحة تقويم وتجميل الوجه بكلية الطب
ناتسي (فرنسا)

أمراض الأنف والأذن والحنجرة
جراحة تقويم وتجميل الوجه
أمراض النوم والشخير

Docteur Abdelaziz BENJELLOUN

Professeur de l'Enseignement Supérieur
Facultés de Médecine de Rabat et Casablanca
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Nancy - France

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie MaxilloFaciale
Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face
Troubles du Sommeil et Ronflements

Casablanca, le : 10 2 JUL 2020 في

CAE BICHES Lam

40.00 (1) Lechl S.V. 10gr
28 x 3/8

78.00 (2) Behavere 24 S.V.
28 x 3/1

69.00 (3) KALMANER S.V.

(4) Risonel 2 gel lesor S.V.
2 pulv. x 2/8 x 10
119.10
306.00

N° du Lot

F 2 3

Date Per.

0 2 2

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04

Professeur BENJELLOUN Abdelaziz

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur

Facultés de Médecine de Rabat et Casablanca

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie Orale - Chirurgie MaxilloFaciale

Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face

Troubles du Sommeil et Ronflements

الدكتور عبد العزيز بن جلون

أستاذ التعليم العالي سابقا بكليات الطب الرباط و الدار البيضاء

حاصل على شهادة جراحة تقويم وتجميل الوجه بكلية الطب نانسى (فرنسا)

أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة

جراحة تقويم و تجميل الوجه

أمراض النوم و الشخير

Casablanca, le

02 JUL 2020

Nom : **CHEBICHEB Lamia**

BILAN D'IMAGERIE :

☐ Radiographie Panoramique Dentaire (Orthopantomogramme)

☒ Blondeau - Scanner

☐ Cône Beam Maxillaire

☐ Cône Beam Mandibulaire

☐ TDM

☐ IRM

☐ Echographie

☐ Scintigraphie

☐ PET Scan

Renseignements Cliniques :

**Céphalée fessière -
ostéome + ostéome nasale**

Pr. BENJELLOUN Abdelaziz

O.R.L.

CHIRURGIE MAXILLO FACIALE

416, Bd. Abdelmoumen

Tél : 0522 25 67 29 - 06 61 09 95 95

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :2143/2020

Casablanca, le 03/07/2020

Nom patient : **CHEBICHEB LAMIA**

Examen(s) réalisé(s) :

BLONDEAU SCANNER

Montant : **huit cents (800 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
HUIT CENTS DH

REGLEMENT : TPE

Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Kalmaner[®]

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil



Boîte de 30 gélules
Voie orale

LOT: 200045
DLUO: 02/2023
69,00 DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique

146-147, Zone Industrielle
Tit Mellil - Casablanca

Kalmaner[®]

30
gélules

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

بيتا سيرك

24 ملغ بيتاهيستين

عن طريق الفم.
30 قرصا.

يجب بلع الأقراص مع كوب ماء دون قضمها.
تحذيرات خاصة :
يجب قراءة هذه النشرة بتعمن قبل الإستعمال.
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.
التركيبة :
ديكلورهيدرات البيتا هيستين 24,00 ملغ
سواغ بكمية كافية لقرص واحد.



CP B30

BETASERC 24 MG

Fabriquée sous licence par :
Maphar. Km 10, Route côtière 111,
QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca.
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Abbott



Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير الموصوفة

78,00

LECTIL® 16 mg

Béahistine (dichlorhydrate)



30 Comprimés sécables

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240471

ليكتيل 16^م مغ

بيتا هستين (دكلورهدرات)

30 قرصا قابلة للكسر

40,00
10,00

عن طريق الفم

B

