

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

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 étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-587297

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1356 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHATANE 1356

Date de naissance : 1. 1. 1948

Adresse : RESACHANZAH IMP 36 NE 3 HAY EL QODS BORDJ BOU

Tél. : 06 19 23236

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN KHILTOURIA Age : 1950

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

22 AVR. 2021

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/21	265,7

[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 26533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE



le 19/4/2022

49,40

22,20

PPV 22DH20
PER 11/22
LOT J3018

Bou Khini Tound



22,20

PPV 22DH20
PER 09/22
LOT J2422

22,20

Cochelipreneur np 2 03/2

85 New gted wan lamp 2 03/2



49 Coltrax np 2 03/2



864

Delicacy 20 mg np 2 03/2

Prax 20 mg 18/4/2



PPV: 86DH40
PER: 03/24
LOT: K764-1

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI
 HAY EL-QODS
 20600 CASABLANCA
 Tél: 0522-73-15-52/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72
 INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	559152	N° SEJOUR :	210012880	FACTURE N° 2102005247		DATE D'ENTREE : 19/04/2021		DATE DE SORTIE : 19/04/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : BENKHII, Touria							
MALADE : BENKHII, Touria											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 100085 DR. ABOUCHANE MEROUANE	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE :
CENT CINQUANTE DHS		REMISE :		0.00	REGLE :		150.00
		RESTE DU :		0.00			
DATE FACTURE : 19/04/2021		EDITEE LE : 19/04/2021		PAR: FAZAZI		ACCIDENT DE TRAVAIL :	
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :			
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
		BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
		N° compte bancaire :		011780000049210006006888			

WARM-UP G

ISOPHARM

NEWFLEX
WARM-UP
85.50 DH

newflex

Lockert und entspannt

Was ist newflex Warm-up Gel und wann wird das Produkt angewendet?

newflex Warm-up Gel ist für die sofortige und direkte Anwendung vor allem vor sportlicher Aktivität gedacht. Es vermindert das Verletzungsrisiko. Für mehr Beweglichkeit im Sport, mit natürlichen, entspannenden und glättenden, wohltuenden ätherischen Pflanzenölen. Enthält keine Parabene und ist dermatologisch getestet.

Entspannend, wärmend, entkrampfend, wohltuend, regt die Durchblutung an. Pflegend und beruhigend bei trockener Haut.

Was sollte bei der Anwendung von newflex Warm-up Gel beachtet werden?

- Es ist wichtig, die Anwenderinformation zu befolgen!
- Massieren Sie die entsprechenden Körperteile vor sportlicher Aktivität kräftig.

Wann darf newflex Warm-up Gel nicht angewendet werden?

Bei newflex Warm-up Gel sind bei bestimmungsgemäßer Anwendung keine unerwünschten Wirkungen bekannt. Verwenden Sie newflex Warm-up Gel nicht:

- bei offenen Wunden
- in Verbindung mit luftdicht abschließenden Kompressen. Zitronenöl kann die Haut reizen.
- vor Sonnenbädern oder Sonnenbankanwendungen

Wann ist bei der Anwendung von newflex Warm-up Gel besondere Vorsicht geboten?

- Bei bestimmungsgemäßer Anwendung sind keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen zu beachten.
- Informieren Sie eine Fachperson, wenn Sie an Krankheiten leiden, Allergien haben oder andere Medikamente einnehmen. Dies gilt auch für Medikamente, die Sie selbst gekauft haben.

Wie wenden Sie newflex Warm-up Gel an?WARM-UP GEL
ŻEL ROZGRZEWAJĄCY

O działaniu rozluźniającym i relaksującym

Co to jest Newflex Żel rozgrzewający i jak się go stosuje?

Newflex Żel rozgrzewający jest przeznaczony do natychmiastowej i bezpośredniej aplikacji, szczególnie przed podjęciem jakiegokolwiek aktywności sportowej. Zmniejsza ryzyko urazów. Zwiększa i poprawia mobilność stawów przy wysiłku sportowym. Dzięki zawartości wyciągów z roślin o specyficznych właściwościach, ma działanie relaksujące, odprężające i kojące. Nie zawiera parabenów (substancji konserwujących). Testowany dermatologicznie.

Relaksuje, rozgrzewa, obniża napięcie mięśniowe, poprawia mikrokążenie, działa kojąco. Działa ochronnie i łagodzaco na skórę.

O czym należy wiedzieć przed użyciem Żelu rozgrzewający Newflex?

- Przed użyciem zapoznać się z ulotką dołączoną do opakowania.
- Zaleca się przed podjęciem wysiłku fizycznego rozmasowanie energicznymi ruchami odpowiednich części ciała.

Kiedy nie należy stosować Żelu rozgrzewający Newflex?

Nie zaleca się wystąpienia objawów niepożądanych w przypadkach jego właściwego zastosowania.

Nie należy stosować Żelu rozgrzewający Newflex:

- Na otwarte rany
- Razem z opatrunkiem założonym na ranę
- Bezpośrednio przed opalaniem się na słońcu lub w solarium

Kiedy należy zachować szczególne środki ostrożności?

- Nie ma szczególnych środków ostrożności, jeżeli produkt stosuje się zgodnie z zaleceniami.

Jak stosować Żel rozgrzewający Newflex?

Żel rozgrzewający Newflex jest przeznaczony do użycia przed każdym wysiłkiem zwią-