

## 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.

N° W21-708508

115396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

18361

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Caen

Tél. :

0662 835339

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

Le : / /

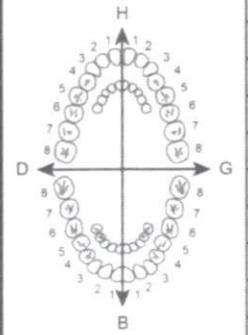
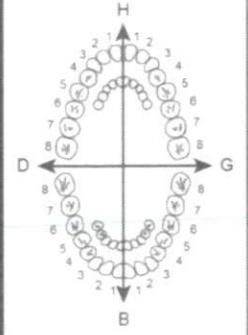
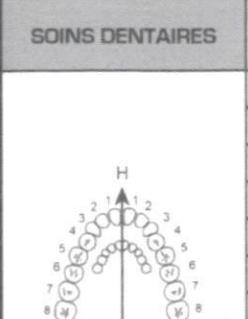
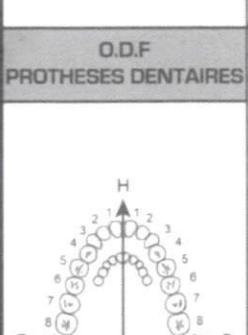
ou JMM

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
23/05/22	C	C		<p>Docteur Khalid TAIBI          Gynécologue          45, Bd. Bir Anzarane Maârif          CASABLANCA          Tél: 0522 25 17 22 98 45 30          GSM: 0613 21 95 27</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou Laboratoire	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ALEXANDRIE          Mme BENJELLOUN          Docteur Dr. Khalid TAIBI          35, Boulevard Alexandre 1er          Casablanca          Tél: 0522 86 51 33          Tél: 0522 86 51 33 Casablanca</p>		347,1

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> 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"/>									
													
													
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
													
													
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> <input type="text"/> <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b> <input type="text"/>													



## ORDONNANCE

Casablanca 23/07/22 الدار البيضاء في

7 = ياسكوناً عندي

- Ferby

un gel x 2 + 30 ml

الستاد ريه  
PHARMACIE ALEXANDRIEMme BENJELLOUN Fouzia  
Docteur en Pharmacie

25, Boulevard Alexandria

Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca  
INPE: 091004456 - ICF: 00 1837 636 000 00

- S. Slijots ellakment

un gr + un capuchon de soin ml 20 ml

981500 x 2  
Hibor 300

un inject 3/4 l j n° 6 ml

- Betadine gynéco.

Tincture mèche x 2 l + 6 ps

3671

Docteur Khalid TAIBI  
Gynécologue Obstétrique  
45, Bd. Bir Anzarane Maârif  
CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27  
0522 25 17 97 - 0522 98 45 30



HIBOR® 3500 UI/0,2 ml  
Bemiparine sodium  
2 seringues

e-mail

ପାତ୍ରାବ୍ଦୀ

0,2/Xa ögång f9 3500

حقن معبأة مسبقاً بمحلول نبيقنا تحت الحبل



٢ حقيقة معايير مساعدة ٠,٢ مل

LOT N° :

EXP:

P.P.V.:

21206A

98.50 DH

# ଓଡ଼ିଆ

卷之三

حقن معبأة مسبقاً بمحلول للحقن تحت الجلد

2 حلقة محبأة مسبقاً 0,2 مل



LOT N°: 21206A  
EXP: 11 2023  
P.P.V: 98,50 DH

المرجوا الدعيم من سعيه .  
المرجوا قراءة النشرة بمثابة  
الإيجاب استعمال هذا الدواء عند تدفـ

250 3046 16946 012

Amino acids  
■ Omega-3

MBB



Oli  
Allai

30 tablets + 30 softgel capsules

PPC: 150 DH

MBB  
Oligobs®  
Allaitement

ers duo (10 comprimés + 10 capsules d'oméga 3)  
blisters (10 tablets + 10 omega-3 softgel capsule)    ACL : 3 401 598 744 272

Fabriqué en France  
Manufactured in France  
Laboratoire CCD  
48 rue des Petites Écuries  
75010 Paris - France  
info@ccdlab.com



3 401 598 744 272

