

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-647242

131063

pay couv

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2563 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITÉ
 Nom & Prénom : AHMED CHENNAOUNI
 Date de naissance : 30-06-1946
 Adresse : N° 161, Rue Sijil Massa, Brij 1 - ESSAOUIRA - 44000
 Tél. : 0611 717109 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06/07/2019
 Nom et prénom du malade : CHENNAOUNI AHMED Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Contagieuse chronique
 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 : ESSAOUIRA Le : 06/07/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-647242

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
	04 08 2 UCS		309.000 Lt	INF: 041036641 طبيب حسان قنوي طبيب حجاج 20/08/2018

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi Magdoud No1 Lotissement 5 Essaouira tel: 05 24 47 29 35	04-02-2024	403,50

[illegible][illegible]

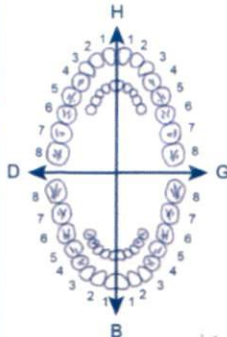
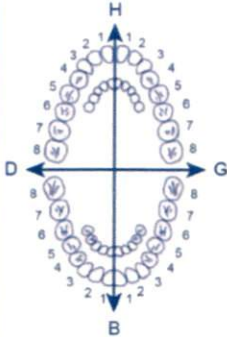
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hassane Fetoui

Chirurgien

Chirurgie Générale
Coelio Chirurgie
Echographie Générale



الدكتور حسن فتوي

طبيب جراح

الجراحة العامة - الجراحة بالمنظار
الفحص بالصدى

ORDONNANCE

Essaouira, le 04/08/22

Mr Chemouni Ahmed

59,50

1) Alpéride 50mg

24,50 1cp 1j le soir Amei

2) Applone x

99,00 1cp 1j Amei

3) Lixipon

403,50 1gel 1j 1x

Pharmacie Sidi Magdoui

N°: u858

Date: 04-08-2022

Tél: 05 24 47 29 35

Importateur Exclusif
BIOCODER MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

33785/01

Pharmacie Sidi Magdoui
N°1 Lotissement 5
Essaouira
Tél: 05 24 47 29 35

الدكتور حسن فتوي
طبيب جراح

10, Rue Oued El Makhazine Bab Doukkala Essaouira - الهاتف: 05 24 78 48 06 - المحمول: 06 64 72 11 76

e.mail: hassane.fetoui@gmail.com

LIXIFOR

7 n

COMPOSITION : Dose par gélule

- Séné	140 mg
- Radis Noir	75 mg
- Anis Etoilé	75 mg
- Cascara	30 mg

PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal
- Stimule le transit intestinal
- Combat les fermentations intestinales
- Favorise un transit régulier

CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 gélule par jour le soir au coucher avec un verre d'eau.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 12 ans.
- Ce produit est déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent sans avis médical.
- A conserver dans un endroit sec et frais.
- Sans ingrédient d'origine animale, sans gluten, sans gélatine.

PRESE

Boîte c

Lot/A consommer
de préférence :

X1019 0126

LOT

PER

Prix

99-00



3 700221 339503

