

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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-552975

147634

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2321

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHOUINI MOHAMED

Date de naissance :

01-01-1952

Adresse :

HAY BOUGHAZ RUE N°6 TAFRAK

Tél :

0624380187

Total des frais engagés :

531.20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/01/2023

Nom et prénom du malade :

KRIBECH

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Douleur abdominale

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

du

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>INP: 162045741</p> <p>Pharmacie Mabrouk</p> <p>35, Rue Ali Ibn Abi Talib</p> <p>010 95.36.82 - FAN</p> | 19.01.23 | 53120 |

[illegible][illegible]

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

| | | |
|----------|---|----------|
| | H | |
| 25533412 | | 21433552 |
| 00000000 | | 00000000 |
| D | | G |
| 00000000 | | 00000000 |
| 35533411 | | 11433553 |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- طبيب سابق بمستشفيات
كان بفرنسا
- طبيب سابق بالمستشفى
العسكري بالرباط
- عضو بالجمعية الأوروبية
للتنظير الداخلي

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
APROVASC 150mg/5mg B28
Cp Pel
PPV : 155,80 DH
6 118001 082025



Centre de Gastroentologie
et proctologie
Dr. Brahim AITBIHI
مركز الجهاز الهضمي
والكبد و البواسير
الدكتور ابراهيم ايت بيهي

Tanger, le: 19/01/2023

طنجة، في: 19/01/2023

Kribech Fatima

155,80 x 3 = 467,40

Aprovasc 150 mg : 1 cp soir, pendant 3 mois

28,10

Vogalene sirop : 1 cuillère à café matin midi soir, en cas de besoin

31,70

Alpraz 0.5 mg : 1/2 cp midi, 1 cp soir (1 boite)

531,20

N 20311

- Endoscopie
- Sphinctérotomie
Biliaire (CPRE)
- EchoEndoscopie
- Ligature des VO
- Polypectomie
et Mucosectomie
- Prothèses digestives
et Biliaires
- Biopsies
et Cytoponction
- Dilatation
Endoscopique
- Proctologie
 - Instrumentale
 - Chirurgicale

Pharmacie Brahim Ait Bihi
35, Rue Ali Ibn Abi Talib
412 Av Mohammed VI - Tanger
4ème Etage N° 38
Tél: 05 39 94 36 55
INPE 1612 J

رقم 38، الطابق 4، إقامة رضوان 112 شارع محمد الخامس
فوق مقهى (Caesars Plaza) - طنجة

Fixe: 05 39 94 36 55 - Urgence: 06 82 35 34 71

Alpraz[®]

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale

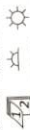


Alpraz[®] 0,5 mg
28 comprimés sécables



AVANT APRES

DURÉE MATIN MIDI



LOT 223082 1
EXP 09 2025
PPV 35.70

COOPER PHARMA



مسحوق قابل للحقن
محلول للحقن
مادة



150 مل

محلول للحقن

عن طريق الفم

0.1%

6 118000 081050
Solution buvable - 150 ml
VOGALENE® 0,1%
METOPIMAZINE

Lot :
EXP :
PPV (DH):

28.10

VOGALENE®
METOPIMAZINE

0.1%

Voir orate

Solution buvable

150 ml