

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.

Éducation :

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.

Défatie 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.

AS : 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011447

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1052

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraitee

31.11.46

Nom & Prénom : LAAMRI Rania

Date de naissance :

Adresse : 2 Rue Sabal M'goun - C.I. L

Tél. : 0662186126

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAAMRI Rania

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Départage

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

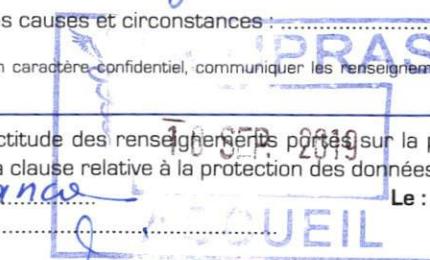
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 22/07/119

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SEKKEAT DMR Rue de l'Ateliers C1 0010821180 Tél: 0522.911780	22/07/19	136150

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Chet et signature du Patient et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
achet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	<p>Dents Traitées</p> <p><i>Dentier</i></p> <p><i>Dentier</i></p> <p><i>BPA</i></p> <p><i>DR. BERNARD Ouidad</i></p> <p><i>Chirurgie</i></p> <p><i>39.3 38</i></p>	<p>Nature des Soins</p> <p><i>hors</i></p> <p><i>hors</i></p> <p><i>D</i></p> <p><i>D</i></p> <p><i>DR. BERNARD Ouidad</i></p> <p><i>Chirurgie</i></p> <p><i>39.3 38</i></p>	<p>Coefficient</p> <p><i>D</i></p> <p><i>D</i></p> <p><i>BPA</i></p> <p><i>DR. BERNARD Ouidad</i></p> <p><i>Chirurgie</i></p> <p><i>39.3 38</i></p>	Coefficient DES TRAVAUX												
				<i>D24</i>												
				MONTANTS DES SOINS												
				<i>500</i>												
				DEBUT D'EXECUTION												
				<i>27/07/19</i>												
				FIN D'EXECUTION												
				<i>31/07/19</i>												
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1"> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		(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																

BENNUVA QUINCE
Mastic de la Côte
39/43 Côte

Le 16.07.2019

Nom: Dr. Larri Belka

.....

GENCIVES ENFLAMMÉES ET SAIGNANTES



KIN Gingival Bain de Bouche - 250 ml - 500 ml

15 ml sans dilution 2 à 3 fois /jour pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation

KIN Gingival Pâte Dentifrice - 75 ml

Se brosser les dents deux à trois fois par jour pendant 2 à 3 semaine

PROBLÈMES PARDONTAUX LOCALISÉS



PERIOKIN Gel - 30 ml

Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone affectée. Ne pas rincer après son application

PERIOKIN Spray - 40 ml

2 Pulvérisations 3 à 4 fois/ jour

TRAITEMENT DES DENTS SENSIBLES



SENSIKIN Bain de Bouche - 250 ml

15 ml sans dillation 2 fois/ jour pendant 60 secondes. Ne pas rincer après son utilisation

SENSIKIN Pâte Dentifrice - 75 ml

Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes. pâte dentifrice à usage quotidien

SENSIKIN Gel - 30 ml

Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone sensible. ne pas rincer après son application

DENTS BLANCHES



KIN BLANCHEUR - Pâte Dentifrice - 75 ml

Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes. pâte dentifrice à usage quotidien

HYGIÈNE ET RENFORCEMENT DES GENCIVES



KIN ALOE VERA Bain de Bouche - 500 ml

15 ml sans dillation 2 fois /jour Pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation

KIN ALOE VERA Pâte Dentifrice - 125 ml

Se Brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

KIN BROSSE À DENTS

KIN
Gingival

Encas Gengivas
Gums G

LOT UTAV
UTAV
PPC
SOKAPHARM

شركة زيو التجاريه المحدوده
8 شارع الوشم من المربع
العنوان: 4667- البرشاء, 11412, المملكة العربيه
السعديه
لبيروفيوريوك, ابر, ان
اسپانيا
العنوان: إذا كان على التعبير ملطف

ndo de uso: ver prospecto adjunto
ido de usar: ver folleto anexo.
ections for use: see enclosed le
ections for use: see enclosed leaflet.
not use if foil seal at mouth of tube
ick) is broken or missing.

IMPORTADO E COMERCIALIZADO NO BRASIL POR:
PHARMAKIN COMÉRCIO DE COSMÉTICOS LTDA.
AV. ANGÉLICA 2223 - C.J. 507
SÃO PAULO - SP - BRASIL
FONE (11) 3627-9860
N.COM.BR
2.03892-8
CESSO: 25351.463837/2005-20

LOT
UTAV
PPC
SOKAPHARM
STRIBUIDO EN COLOMBIA POR:
3
BÓGOTA - COLOMBIA
NSOC38104-09PE

FABRICADO POR /
MANUFACTURED BY /
FABRIQUÉ PAR :
KIN
LABORATORIOS KIN S.A.
DIAGONAL, 200
08018 BARCELONA - SPAIN
WWW.KIN.ES
E-MAIL: KIN@KIN.ES
PHARM. TECH. DIR.: M. EMBID
MADE IN SPAIN

IC: 00108211800087
Casablanca - Tel: 0522.94.15.14
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
M. SEKKAT Omer
PHARMACIE BAB ESSALAM

Casablanca, le 31/07/2019

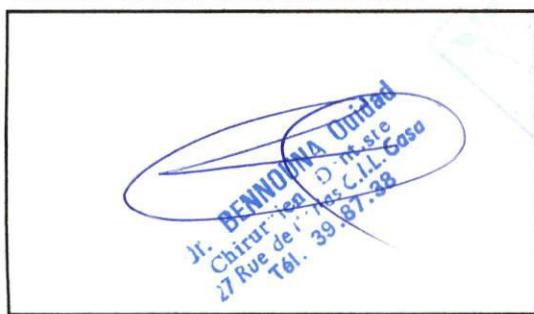
Note d'honoraire

Patient : Mme LAAMRI RABIA (2859)

Dent	Acte	Honoraire
18	DETARTRAGE DU HAUT	250,00
18	DETARTRAGE DU BAS	250,00
	TOTAL	500,00

Somme arrêtée à : cinq cents dirhams

Cabinet Docteur Ouidad Bennouna



24 SEP. 2019
Dr. Ouidad Bennouna

Bla Bla Dr. Ouidad Bennouna

IF : 51215340 ICE : 001680907000065
0522398738/0663797997 27، زنقة الأطلس - سيال - الدار البيضاء - الهاتف :

27, Rue de l'Atlas Hay Salam - C.I.L. - CASABLANCA - Tél. : 05 22 39 87 38/ 06 63 79 97