

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.



Declaration de Maladie

N° W19-474150

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR M'HAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 11872596 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-474150

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
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'exécution

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

W18-400947

DATE DE DEPOT

18 / 10 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2074	Signature
Nom & Prénom		BENAMAR M'HAMMED	
Fonction	Retraité	Phones 06 11872596	
Mail	mohammed.benamar88@gmail.com		

MEDECIN		Prénom du patient BENAMAR M'HAMMED	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 12-09-2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Prostatite			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
6	1	69840

PHARMACIE	Date 12/09/19
Montant de la facture	69840

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Fouad MACHACHI
Chirurgien Urologue
Bd. Assad Brou Al Fourat
OUJDA TEL: 05 26 68 95 76

PHARMACIE TENNIS
Dr. CHAKI Zin-Eddine
Rte. Maghnia B3-N°19
Tél. 0536690602-OUJDA

MUPRAS
CACHET
10 OCT. 2019
par post

Dr. MACHMACHI Fouad

CHIRURGIEN UROLOGUE

Chirurgie des Reins et des Vessies Urinaires

Endo-urologie - Lithotritie extracorporelle

Stérilité et Impuissance Sexuelle

Echographie Urogénitale et Endorectale

Ancien attaché au CHU de Besançon (France)

مركز تفتيت حصى الكلي
Centre de Lithotritie
Extra-corporelle

الدكتور فؤاد مشماشي

طبيب جراح

جراحة الكلي والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

الفحص بالمنظار للمسالك البولية - العقم والقصور الجنسي

تفتيت حصى الكلي والمسالك البولية

ملحق سابق بمستشفيات بزنسو فرنسا

Oujda, le: 12-09-2019 وجددي

Nom: BENAMAR mhammed ben el haj kaddour

Age:

66 ans

79.20 x 3

TERAZOSINE 5 mg

23.20

PERMIXON 160 CP

1 cp le soir x 3 mois

1cp x2/j x3 mois



153.20 x 3

459.60

T: 69840

DR Fouad MACHMACHI
Chirurgien-Urologue
Bd. Assad Bnou Al Fourat
OUJDA - TEL: 05 36 68 95 76

PHARMACIE TENNIS
Dr. CHAKIR Zin-Eddine
Rte. Maghnia B3-N°19
Tél 0536690602 OUJDA

DOCTEUR FOUAD MACHMACHI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Adresse Email : fouadmachmachi@gmail.com

Telephone Domicile : 0536689576 Portable : 0661364858

79.50

Terazosine
NORMON 5 mg
30 comprimés

LOT: 12819002
PER: 02-2022
PPU: 79,50 DH

تيرازوسين نورمون 5 ملغ
تيرازوسين

30 حبة

طريق الفم

تيرازوسين نورمون 5 ملغ
تيرازوسين

LOT: 12819004
PER: 02-2022
PPU: 79,50 DH

30 حبة

عن طريق الفم

يحتفظ به بعيدا عن متناول وبصر الأطفال.
قائمة

تيرازوسين نورمون 5 ملغ
تيرازوسين

30 حبة

عن طريق الفم

يحتفظ به بعيدا عن متناول وبصر الأطفال.
يجب قراءة التعليمات قبل استخدام هذا الدواء
عن طريق وصفة طبية.

موانع الاستعمال : انظر النشرة بداخله



IBERMA

MON® 5 mg
ne

més

NORMON® 5 mg
terazosine

30 comprimés

TERAZOSINE NORMON® 5 mg
Térazosine

30 comprimés

Terazosine
NORMON 5 mg
30 comprimés



Terazosine
NORMON 5 mg
30 comprimés



6 118000 230489



Permixon 160 mg
30 GÉLULES



Pierre Fabre
maphar
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebââ
Casablanca - Maroc
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable



30 درجة مئوية.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تقل عن
يحفظ بعيدا عن مرآى ومتناول الأطفال.
يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الاستعمال.
Ce médicament doit être conservé à une
température inférieure à 30°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

عناية من 30 كسولة

مستخلص شحم ستيروليك ستيرينا رينتينس

160 ملغ
بتر مكسون

153,30

153,30

153,30