

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.

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° W21-655462

132324

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03045 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KAMALI ALI

Date de naissance : 01/11/1960

Adresse : 7 rue Georges Soud APT 2 Tachy

Tél. : 0661337762 Total des frais engagés : # 117900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

KHALFI CHAIMAA
Médecin Interne
Hôpital Mod V EL JADIDA

Date de consultation : 01/10/22

Nom et prénom du malade : Kamali Ali

Age : 62

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 05/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
01.10.22	1 cr			DNE : KHALFI CHAIMAA Médecin Interne Hôpital Mod V EL JADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.10.22	1170,00

[illegible]

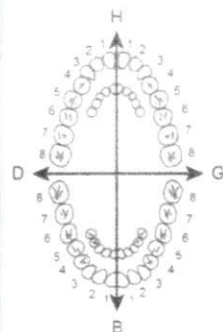
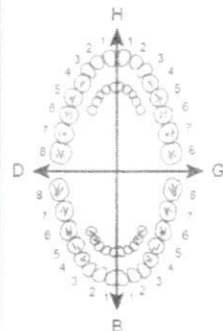
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
Q.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

...carré le 01.10.22...

Mr RANALI Ali

Gabum gel 50 mg 1/1000 mg
 390⁰⁰ 14 x 2 / j (3 boîtes)

SA

1170⁰⁰

 **VITA**
 Pharmacie VITA - SARL AU
 05 22 98 43 63
 FAX: 05 22 98 44 65
 pharmacie.vita@orange.fr
 465, Bd Ibrahim Benadine
 96000 - Val d'Aure - 04300 - C.A.S.A.

KHALFI CHAIMAA
 Pharmacie
 Hôpital: Mod B LL JADIDA

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30C°
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.



RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg

60 Comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30C°
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.



RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg

60 Comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30C°
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.



RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/1000 mg

60 Comprimés pelliculés

