

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009364

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2747 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KABAN, Adil 69617

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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'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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09364

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 :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

de actes répétés en plusieurs séances ou actes

à long terme comportant un ou plusieurs échelonnés

sur le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

764091

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KABADI ALI
Matricule : 002747 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : 8 RUE 15 HAY EL HANA 20200 CASAB
Tél. : 0663646928 Signature Adhérent : [Signature] ABADI ALI

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KABADI ALI Age 3 | 0 | 0 | 5 | 1 | 4
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Alou plaine
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 02/10/2020 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

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
02.10.2010	4 Ello.	300,00		Dr. Youssef DRELLI CARRIOLISQUE 100 Bd. Oued el Kheir Casablanca Tel: 05 22 93 85 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8-10-2010	69,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

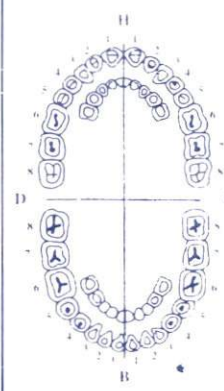
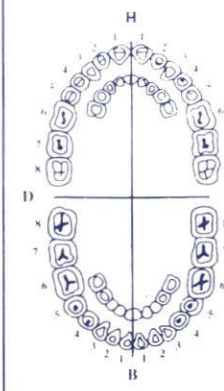
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : 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 TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler
cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان
- الهولتر -

Casablanca, le

02.12.2020

Karabai au

69.00

Signature



15/12/2020

صيدلية صوفيا
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbraoud Ep. Slaoui
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél: 0522 36 01 64

2020-12-02 15:15:15
150 Bd. Oum Rabii - Casablanca
0522 93 86 00

100، شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca

المستعجلات : 0661 08 02 82 - Urgences : ydrissi@hotmail.com - E-mail : الهاتف : 0522 93 86 00 / Tél./Fax

SUPERFORM-GS®

Vitamines, minéraux et Oligo-éléments

Sans Sucre

GENERATION
SANTÉ

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce Produit

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, demander à votre médecin, ou pharmacien

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que SUPERFORM et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser SUPERFORM ?
3. Effets secondaires.
4. Comment utiliser SUPERFORM ?
5. Comment conserver SUPERFORM ?
6. Présentation.
7. Composition et informations nutritionnelles.

1- Qu'est-ce que SUPERFORM et dans quel cas est-il utilisé ?

SUPERFORM contient des vitamines, minéraux et oligo-éléments essentiels en quantités équilibrées les unes par rapport aux autres. Les vitamines, sels minéraux et oligo-éléments sont des substances vitales non fabriquées par notre organisme et qui sont apportées principalement par l'alimentation. Ces substances ne sont cependant pas toujours présentes en quantités suffisantes dans l'alimentation quotidienne. SUPERFORM complète l'alimentation en apportant des quantités adéquates en vitamines sels minéraux et oligo-éléments et peut être utilisé en cas de fatigue et asthénie passagères ou chroniques ; convalescence à la suite d'une maladie ou d'une opération chirurgicale ; cures d'amaigrissement de longue durée ou des régimes spéciaux ou bien en cas d'efforts physiques ou intellectuels intenses.

2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser SUPERFORM ?

Précautions et contre-indications :

Parler à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser SUPERFORM si vous :

Souffrez d'insuffisance rénale.

Êtes en situation d'hypervitaminose.

Utilisez d'autres produits ou compléments alimentaires.

DANS TOUS LES CAS DEMANDER AVIS A VOTRE MEDECIN OU PHARMACIEN.

Grossesse et allaitement :

SUPERFORM ne doit pas être utilisé pendant la grossesse lorsque l'alimentation contient des produits riches en vitamine A tels que le foie, les produits laitiers, les œufs, la margarine, l'huile de table. SUPERFORM peut être utilisé au cours de l'allaitement. DANS TOUS LES CAS DEMANDER AVIS A VOTRE MEDECIN OU PHARMACIEN.

3- Effets secondaires :

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.

4- Comment utiliser SUPERFORM ?

Reservé à l'adulte.

La posologie de SUPERFORM est de 1 comprimé effervescent par jour à prendre de préférence à jeun. Mettre le comprimé effervescent dans un verre d'eau et boire après dissolution complète.

Ne pas dépasser la dose journalière sauf avis contraire de votre médecin ou pharmacien.

Fermer le tube immédiatement après utilisation.

5- Comment conserver SUPERFORM ?

A conserver hors de portée ou de la vue des enfants.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Ne pas utiliser au-delà de la date de péremption mentionnée sur le tube.

La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

6- Présentation :

Boîte de 20 ou 10 comprimés.

Arôme agréable fruité.

Complément alimentaire, n'est pas médicament

Read
prod
- Ke
- If
phar

In this
1. Wha
2. Wha
3. How
4. Poss
5. How
6. Pres
7. Ingre

1. What
SUPER
element
minerals
our body
are not i

SUPER
vitamins

SUPER
asthenia
physical
special c

2. What

Warning
Talk to
you:
Suffer fr
Use othe
IN ANY C

Pregnan
SUPERF
in vitam
oil.
SUPERF
IN ANY C

3. Possib
If your ex
your phar

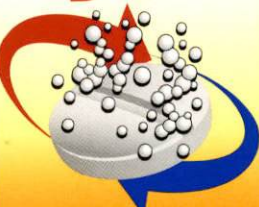
4. How to
For adult
before Br
Put the c
complete d
Do not ex
advised b
Close the

5. How to
Keep out
Keep awa
Do not us
The expiry

6. Present
Box of 20
Fruit pleas

Food suppl

سوبرفورم - ج س
فيتامينات ومعادن واملح معدنية
خالٍ من السكر



نكهة البرتقال

20

قرص فوار

عن طريق الفم



LOT: L 2900516
EXP: 07.2021

PPC
69.00 Dhs

KABADI

10 mm/mV



25 mm/s

36.793

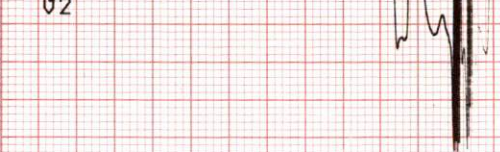
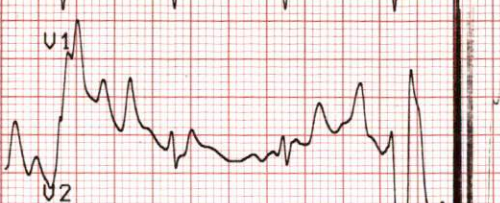
2.157 026

0.05-35Hz F50 SSF SB5

2.157 026

ALI

5 mm/mV



AT-101

1.32 M

2.157 026

Ve 02-OCT-20 12:53:43

2.157 026