

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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 22 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-785432

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSI DDI KI MOHAMED

Date de naissance : 1950

Adresse : APO 3 IMM 47 LOT ASSABDA ASSAOMIRA ELJADIDA

Tél. : 0699 59 95 96 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° W21-785432

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 :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27.09.2023

5760 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

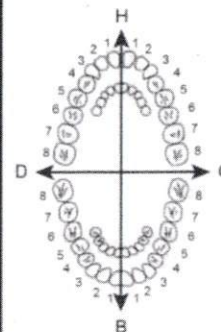
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |

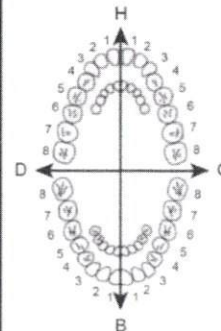
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Le 08/09/2023 à Essouira

Facture N° 0008862

Mr/Mme

Mohamed ASSIDIKI

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziguag Roumane Essouira Al Jadida
Tel: 05 24 79 26 95

| Qté | Designation | P.U | Total |
|---------|--------------------|-------|-------|
| 01 | Muxal sincap Adult | 39,60 | 39,60 |
| 01 | Fast Relief | 25,00 | 25,00 |
| Total = | | 57,60 | 57,60 |

A régler la présente facture
à la somme de cinquante
sept dinars et six centimes

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziguag Roumane Essouira Al Jadida
Tel: 05 24 79 26 95

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32,60

MUXOL 
- Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572



MUSCULAR PAIN آلام العضلات
Douleurs musculaires

BACKACHE آلام الظهر
Du mal de dos

JOINT PAINS آلام المفاصل
Douleurs articulaires

SPRAINS الالتواءات
Entorses

STARTS
Relief in
MINUTES

يبدأ الشعور
بالراحة في خلال
دقائق

همالي
فاست ريليف
مرهم عشبي لتخفيف الآلام

Mktg. & Mfd. by: Emami Limited, Plot No. 200, Sanjan-Amgaon Road, Dongari,
Talasari 401 606, (Maharashtra), M. L. No. : BD/AYU-7, Regd. Office: Kolkata-700107,
E-mail: customercare@emamigroup.com

For External Use Only. A Herbal Preparation. For Export Only. Country of Origin: India
Store below 30°C away from direct sunlight • Please read leaflet inside

للاستخدام الخارجي فقط، مستحضر عشبي، للتصدير فقط. بلد المنشأ: الهند
يحتفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية بعيداً عن أشعة الشمس المباشرة. • يرجى قراءة النشرة الداخلية
الوزن الصافي، 12 مل Net: 12ml

FAST
Herbal Pain Relief
Ointment

Himani
FAST-RELIEF™
Herbal Pain Relief Ointment

هيماني

فاسٽ ریلیف

مرهم عشبي لتخفيف الآلام

هيماني فاست روليف عبارة عن منتج غني بأعشاب خاصة يساعد على اختراق منطقة الألم بسرعة. بعد الاختراق، تُحفز مكوناته النشطة الدورة الدموية، وتخفف التيبس وتمتد الأوتار المسببة للألم. نتيجة لذلك، ستعافى في خلال دقائق.

تعليمات الاستخدام: يوضع بكمية وفيرة على المنطقة المصابة مع التدليك بلطف حتى امتصاص المرهم. كرر هذه العملية حسب الضرورة.

Hi-mani Fast Relief is enriched with special herbs that help the ointment to penetrate swiftly to the area of pain. After penetration, the active ingredients stimulate circulation, relax stiffness and re-oxygenate painful tissues. As a result, you get relief in minutes. Fast acting, safer substitute to pain relieving tablets.

Direction: Apply generously in a thin layer on the affected area; massage gently until the ointment is absorbed. Repeat if necessary.

Product can be used for 6 months after opening.....

يمكن استخدام المنتج لمدة 6 أشهر بعد فتح العبوة.

موصى به للإسعاف الأولي



8 901248 306010

[illegible]

12/2024

To Use Before:

6710-27

DIW

൧൩൭ (അംഗം ൧)

Batch No.:

Copyright © 2007 by John Wiley & Sons, Inc.

Gaithers procumbens, Orig. write, BHT, Microcrystalline Cer., Paraffin, C 25-300, Liquid Paraffin

Composition: Menthol, Camphor, Thymol, Eucalyptus globulus leaf oil, Turpentine, Clove oil,

000792 D 4/10/2010

1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

Journal of Interpersonal Violence