

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'H
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
M23-008455

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 695 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAUKI KALITAM
Date de naissance : 29/11/1946
Adresse : Appg. Imm 37, résidence Safeg. 6, Baya, Sel.
Tél. : 060959500 Total des frais engagés : 3003,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 30/01/2024
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 30/01/2024 Le : 30/01/2024
Signature de l'adhérent(e) : Saleh

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
25/11/24			205 \$	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/24	# 2703.00 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

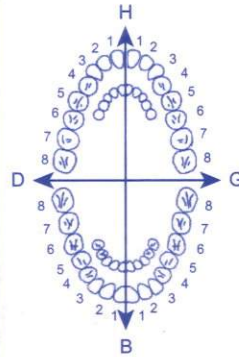
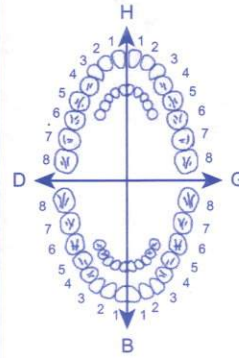
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div>G</div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Spécialité :

ENDOCRINOLOGIE

N° ICE :

N° INPE :

151 712 401

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète + HbA_{1c} = 8,6

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

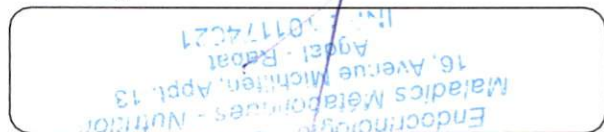
Glucem + Insuline
(M de Ofunni)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Rabat le 2002/24

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Docteur Mounia CHANA

Spécialiste en endocrinologie
Diabétologie
Maladies métaboliques
Obésité, nutrition
Cholestérol
Retard de croissance



الدكتورة مونية شانا

أخصائية في أمراض الغدد الصم
السكري
أمراض الأيض
السمنة، التغذية
الكوليسترول
تعطل النمو

RABAT, LE 24/04/24 : الرباط في

Chauki Kaltoum

$69.00 \times 5 = 345.00$

Glureno cp

1/2 g - 1 tin
Jidi
Beii

* VIGNETTE
GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

* VIGNETTE
GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

* VIGNETTE
GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

$393.00 \times 6 = 2358.00$

Terminé 20 mg

sej 0.2 tin

2703.00

* VIGNETTE
GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

* VIGNETTE
GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

PHARMACIE BAB ARRAYAN
AV IBN AL HAYTAM N°60
LAAYAYDA SALE
FIX 05 37 87 14 84

tu de 8hmi

DR. MOUNIA CHANA
Endocrinologue - Diabétologue
Maladies Métaboliques - Nutrition
16, Avenue Michlifien, Appt. N°13 Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 67 24 67 - GSM : 06 58 22 50 69

شارع مشليفن، إقامة رقم 16 الطابق الثالث الشقة رقم 13 أكдал - الرباط

Avenue Michlifien, Résidence N°16, 3^{ème} étage Appartement N°13 Agdal - Rabat

Tél. : 05 37 67 24 67 - GSM : 06 58 22 50 69



JANUVIA® + GROSSESSE
= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ



x 6
Ged