

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-001436

196683

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8212 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. GURICHA T MOHAMED

Date de naissance : 10.08.1965

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TALIBI Hassan OMNIPRATICIEN 0522.517.574/0663.866.610

Date de consultation : 27 Fev 2024

Nom et prénom du malade : Guricha T Mohamed Age : 58

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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) : Le : / /

[illegible]

0522.517.574/10663.866

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>27</p> <hr/> <p>02</p> <hr/> <p>24</p>	<p>390,00</p>

Montant de la Facture

$$\begin{array}{r} 27 \\ \times 02 \\ \hline 24 \end{array}$$

390,00

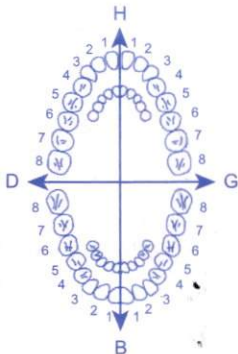
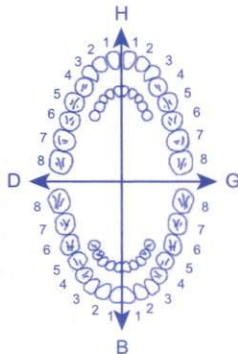
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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									
				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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

DATE DE
L'EXECUTION

A diagram of a circular chromosome. It is a circle with a vertical line passing through its center, labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. This line represents the centromere. The two ends of the chromosome are labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The chromosome is divided into four quadrants by the centromere and the vertical line. Each quadrant contains a series of small circles representing nucleosomes, numbered 1 through 8. The numbering starts at the centromere and goes outwards to the telomeres.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن

الطب العام



- Diplôme Universitaire en Rhumatologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Pathologies Rachidiennes (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
- Diplôme Universitaire en Diabétologie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Santé Mentale (UM6SS - CASA)
- Diplôme Universitaire en Gériatrie (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Médecine de SPORT (Bordeaux - France)
- Diplôme Universitaire en Lasers Médicaux A visée Esthétique (Paris - France)

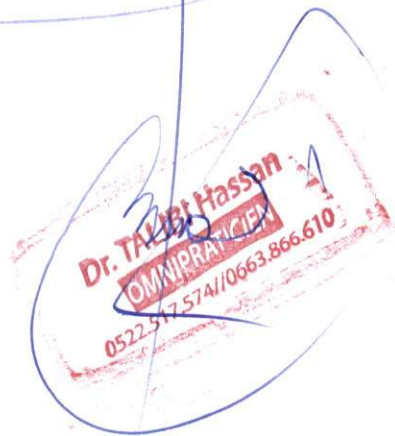
- دبلوم جامعي في امراض العظام و المفاصل (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في امراض العمود الفقري (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الجلدية الجراحية (الرباط)
- دبلوم جامعي في مرض السكري (بورجو - فرنسا)
- دبلوم الصحة النفسية (جامعة محمد السادس لعلوم الصحة - الدار البيضاء)
- دبلوم جامعي في طب الأشخاص المسنين (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الطب الرياضي (بورجو - فرنسا)
- دبلوم جامعي في الليزر الطبي (باريس - فرنسا)

27/02/2024

MR GURICHAT MOHAMED

39000

- **Galvus met 50 mg / 850 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin et soir après repas x 3 mois



زاوية شارع محمد الخامس و زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المداخل A الطابق الاول، شقة 1، برشيد

الهستجالات : 0633 866 610

0522 517 574 | 0520 021 204 | 0633 275 252