

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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Declaration de Maladie

N° W19-574412

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *Boudi Ned*

Date de naissance : *28/08/1967*

Adresse : *Avenue 30 Avril 1944 EL HADJER*

Tél. : *06 78 20 37 44*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR KARIM OUALI
الدكتور كريم والي
Omnipraticien
Nutrition - Homéopathie - Phytothérapie
133, Bd. Moulay Youssef Casa
Tél. 0522 20 37 96

Date de consultation : *28/8/2022*

Nom et prénom du malade : *Boudi Ned*

Age :

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

Nature de la maladie : *goutte au HP*

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 : / /

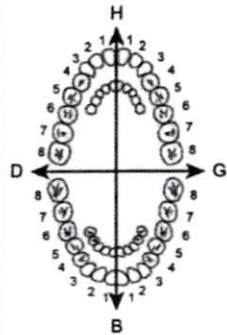
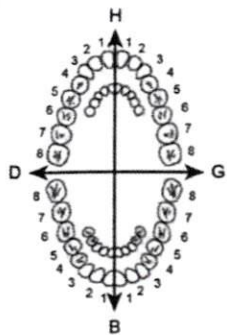
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
28.8.20	G	3007		INP : <input type="text"/> INPE : 091156893 DOCTEUR KARIM OUALI الدكتور كريم وافي Omnipraticien

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RIAD SALAM 2, Bd. La Corniche - Ain Diab Tél: 0522 36 92 82 - Casablanca	28.08.2020	1174,10 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : <input type="text"/>														
				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"> <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 colspan="2">D ————— 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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D ————— G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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																

VOILET ADHERENT

Docteur Karim OUALI

Nutritionniste **Phytothérapeute Homéopathe**
Diplômé des Universités de Casablanca, du Canada et de France

Obésité - Coaching Nutritionnel
Diabète - HTA - Dyslipidémie - La goutte
Traitement de support homéopathique en cancérologie
Suivi nutritionnel : Intolérance au gluten - RCH - Maladie de Crohn
Méd. douce : Troubles digestifs - Anxiété - Stress - Arthrose - Ménopause



الدكتور كريم والي

اختصاصي في التغذية، الطب الطبيعي والمعالجة المثلية
خريج جامعة الدار البيضاء فرنسا وكندا

السمنة - الأربوب الغذائي
السكري - ارتفاع ضغط الدم - اضطراب الكولسترول - النقرص
المعالجة المثلية لدعم السرطان
المتابعة الغذائية : خشونة الجلوتين - التهاب القولون - مرض كرون
الطب البديل: اضطرابات الجهاز الهضمي - القلق - الإجهاد - التهاب مفاصل - أعراض سن اليأس

28-8-20

Banor Salor

803.00

1) Pylorus 30x4/5
102.00 x 3 = 306.00

2) Salor 20
65.10 10x2/5

3) Ubrerme 10
10x2/5

puis !

Salor 20 10x/5 post 2min

Σ = 1174.1004

DOCTEUR KARIM OUALI
الدكتور كريم والي
Omnipraticien - Phytothérapeute
Nutrition - Homéopathie
133, Bd. Moulay Youssef - Casablanca
Tel.: 0522 20 37 96

PYLERA® gélules

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :

SQTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC



Lot :

Fab :

EXP :

صلاح لقياد

030

03 2020

03 2023

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/N

LOT: 19126
PER: 03/2022
PPV: 102,00 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NR

LOT: 19126
PER: 03/2022
PPV: 102,00 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRC

LOT: 19126
PER: 03/2022
PPV: 102,00 DH