

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-545823

83100



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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03045 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAMAL Ali

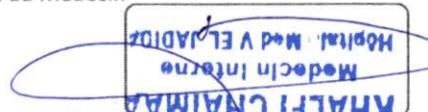
Date de naissance : 01/11/1960

Adresse : 2 Rue Georges Sard Laasif

Tél. : 061332269 Total des frais engagés : # 135, 6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/02/96

Nom et prénom du malade : Kamel Ali Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casablanca Le : 18/02/96

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
				<p style="text-align: center;"> INP : [] g. saïf Hôpital Médical JADIDA Médecin Interne KHALIL CHAMIA </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/06/21	135,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

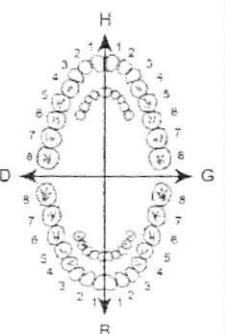
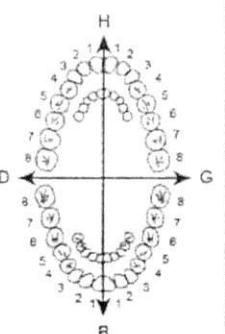
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []										
														
														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>25533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	D	00000000		00000000	B	25533411	G	11433553
H	21433552													
D	00000000													
	00000000													
B	25533411													
G	11433553													
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
				MONTANTS DES SOINS										
				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										

Date .. 18/06/21 ..

Mr KANAKI Ali

yf. w x 3

Glucophage 880 mg

Nsi L 60 Ncp x 2/j (3 boîtes)



KHALFI CHAIMAA
Medecin Interne
Hôpital: Hôpital EL JADIDA

GLUCOPHAGE 850

Metformine

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à
850 mg

GLUCOPHAGE 850®

LOT 76264

PER 18.72

PPM 45.20 DH

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à **850 mg**

Metformine

VOIE ORALE

MERCK SANTÉ

• lire attentivement la notice
• lire Attenti

45,20
755.533.01.10

GLUCOPHAGE 850[®]
60 COMPRIMÉS PELLICULÉS

6 1180 00 080640



GLUCOPHAGE 850[®]

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS



Composition
Chaque comprimé pelliculé contient 850 mg de chlorhydrate de metformine
correspondant à 662,90 mg de metformine base.
Excipient q.s.p un comprimé pelliculé
Boîte de 60 comprimés pelliculés

GLUCOPHAGE 850[®]
Metformine
60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à 850 mg


GLUCOPHAGE 850[®]



chlorhydrate de Metformine

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à
850 mg

voie ORALE

MERCK SANTÉ SAS

45,20
755.533.01.10

GLUCOPHAGE 850[®]
60 COMPRIMÉS PELLICULÉS

6 1180 00 080640



GLUCOPHAGE 850[®]

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS



Composition
Chaque comprimé pelliculé contient 850 mg de chlorhydrate de metformine
correspondant à 662,90 mg de metformine base.
Excipient q.s.p un comprimé pelliculé
Boîte de 60 comprimés pelliculés

GLUCOPHAGE 850[®]
Metformine
60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à 850 mg


GLUCOPHAGE 850[®]



chlorhydrate de Metformine

60 COMPRIMÉS PELLICULÉS à
850 mg

voie ORALE

MERCK SANTÉ SAS