

## 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.

**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

N° W21-655448

86282

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

03045

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KAMALI ALI

Date de naissance :

01 11 1960

Adresse :

07 RUE GEORGES SAND MAARUF

Tél. :

0661337762

Total des frais engagés : # 1170,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**KHALFI CHAIMAA**  
Médecin Interne  
Hôpital Mod V EL JADIDA

Date de consultation :

29/09/21

Nom et prénom du malade :

Kamali Ali

Age :

61

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 :

30/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

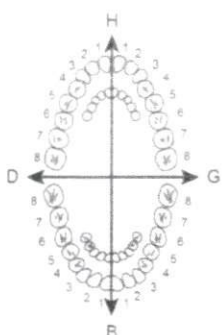
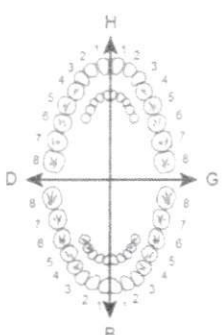
*[Signature]*

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
29/09/21				 <b>KHALFI CHAIMAA</b> Médecin Interne Hôpital Mod V EL JADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1170,00

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</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433552	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433552																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse		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

ORDONNANCE

..... casa le 29/09/2021

Mr KANALI Ali

39000  
x) - Galvus Net 50mg / 1000 mg  
1cp x 2/j (36 boites)



1170,00

**KHALFICHAIMAA**  
Méd. Interne  
Hôpital: M. V. EL JADIDA



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30C°  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg  
de chlorhydrate de metformine.

**RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



**Galvus Met®**

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

**50 mg/1000 mg**

60 Comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30C°  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg  
de chlorhydrate de metformine.

**RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



**Galvus Met®**

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

**50 mg/1000 mg**

60 Comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants  
Ne pas conserver au-dessus de 30C°  
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg  
de chlorhydrate de metformine.

**RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES**

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



**Galvus Met®**

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

**50 mg/1000 mg**

60 Comprimés pelliculés

