

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Educations :

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'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° P19-0030378

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

86283

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03045 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : K.A.M.A.L.I A.L.I

Date de naissance : 01 11 1960

Adresse : 7 RUE GEORGES SAND MAARIF CAS

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 : 20/09/21

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 : 30 SEP 2021

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 : 20/09/2021

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/09/11				<i>gratuit</i> HALFI CHAIMAA Médecin Interne Hôpital: Hôpital EL JADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

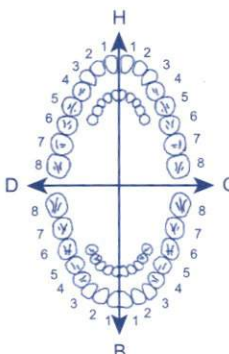
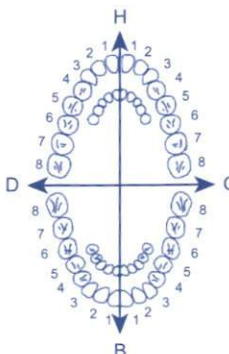
Montant détaillé des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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>D</td> <td>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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

ORDONNANCE

Case le 30/09/2021

Dr KANALI AW

39000
1
x3

Galvus Net 50mg/1000mg

1170,00



x 2/3

(3 boites)


Pharmacie VITA - SARLALI
TEL: 05 22 98 43 61
FAX: 05 22 98 44 45
pharmacievita@gmail.com
401, bd Brahim Tassadit
Midi-Pyrénées - France

KHALFACHAIAA
M. Khalifa
Hôpital: M. v. L. 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 850 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احرتموا 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 850 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031085

GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/850 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 850 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احرتموا 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 850 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031085

GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/850 mg

60 Comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
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 850 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احرتموا 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 850 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



Galvus Met®

Vildagliptine/Chlorhydrate de metformine

50 mg/850 mg

60 Comprimés pelliculés

