

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0049110 ✓

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 4138

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SENHAJI CHANID ABDELLAHIM

Date de naissance : 01.01.1958

Adresse : 32 RAHAL BEN AHMED BOUCHAR TANGER

Tél. : 06 685 65492 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : TANGER Le : 27.10.2021

Signature de l'adhérent(e) :



### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie Nº P19-049110

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Pasteur Mme BENCHERKOUN 32 Rue de France Tanger TPE : 00175088 INPE :	27/10/2021	390,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

0118A1

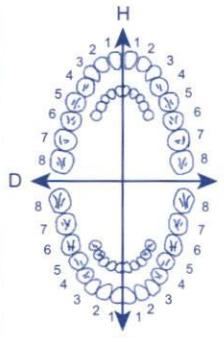
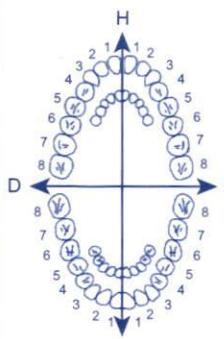
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 d

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	B 00000000 35533411			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



# PHARMACIE PASTEUR

3, Place de France -TANGER-

R.C :

Patente:50413621

T.V.A :81322320

Banque:ATTIJARI BANK

Tél 0539932422

Le 27/10/2021

**FACTURE N°882109**

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

**ZEMMOURI ZOHRA**

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	GALVUS 50/1000MG BT 60CPS	390,00	0,00	390,00	390,00		390,00		

Pharmacie Pasteur  
Mme TBENCHERKOUN  
3 Place de France Tanger  
ICE :00175088  
INDE :

REMISE GLOBALE :

BRUT TTC

390,00

- Remise

0,00

= NET TTC

390,00

Nombre d'Articles : 1

TVA 7% Base :

Montant:

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre-vingt-dix Dirhams.

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 1000 mg  
de chlorhydrate de metformine.

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 فلدagliptine و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

## RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

### Liste I – Uniquement sur ordonnance

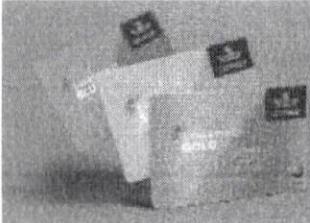
احترم المقادير الموصوفة

لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6 118001 031092

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



## ADHÉREZ À SAFAR FLYER ET PROFITEZ DE NOMBREUX AVANTAGES !

JOIN SAFAR FLYER AND ENJOY MANY ADVANTAGES !

## AVIS LÉGAL AUX PASSAGERS / LEGAL AND PASSENGER NOTICES

### BILLET ELECTRONIQUE / ELECTRONIC TICKET

Pour certaines destinations, la validité du passeport doit dépasser 6 mois. En cas de non-respect de cette règle, le passager sera interdit de voyager.

En cas de réclamation, veuillez contacter notre service client en cliquant sur lien suivant : <https://www.royalairmaroc.com/ma-fr/information/reclamations>

En achetant un billet Royal Air Maroc, vous autorisez RAM à traiter vos données à caractère personnel, conformément aux dispositions de la loi 09-08, dans le cadre des finalités du traitement gestion des clients.

Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le numéro **A-GC-44/2017**.

Les données personnelles collectées peuvent être transmises en toute sécurité et confidentialité à des partenaires chargés d'effectuer des prestations en relation avec ce traitement.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition à l'usage de ces données conformément aux dispositions de la Loi 09-08, vous pouvez vous adressez à l'adresse : [serviceclient@royalairmaroc.com](mailto:serviceclient@royalairmaroc.com)

For some destinations, the validity of the passport must exceed 6 months, in case of non-compliance with this rule, the passenger will be prohibited from travelling. If you need to contact our customer service in case of any claim, please click here. <https://www.royalairmaroc.com/ma-en/information/service-claims>

By purchasing Royal Air Maroc ticket, you allow RAM to process your personal data, in accordance with the Law 09-08 on personnel data protection, in order to ensure the customer's management process.

This process was authorized by the CNDP with the number **A-GC-44/2017**.

The personal data collected may be transmitted, safely and confidentially to partners responsible for performing services in relation with this process.

To exercise your rights of access, rectification and opposition to the use of this data in accordance with the Law 09-08 on personnel data protection, you can send an email to: [serviceclient@royalairmaroc.com](mailto:serviceclient@royalairmaroc.com)



NOUVEAU SERVICE SKY PRESS  
**VOYAGEZ À TRAVERS  
L'ACTUALITÉ !**



TÉLÉCHARGEZ VOTRE APPLICATION  
POUR Y ACCÉDER !

