

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

tique :

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 canaux, 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 canaux.

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

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° M21- 0054215

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1360 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAFIR Abdelhakim

Date de naissance : 1953

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 70 86 55 61 Total des frais engagés : 48,40 DH 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 : Le : 30 / 12 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/21	48,60 D

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	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.

DISPONIBLE EN PHARMACIE UNIQUEMENT

غافسكون أدفانس

GAVISCON

ADVANCE

AROME ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

• Brûlures d'estomac & indigestion • حرقة المعدة واضرار الهضم

• Formule extra puissante • تركيبة بقوة اضافية

• Effet Longue Durée • تنوم طويلا

نكهة الينسون

e 150ml خالي من السكر

Soulever ici. Ne pas enlever.

6 118001 151462

غافسكون مزيج معلق للشرب في قارورة سعة 150 ملل

التركيبة:

الجينات الصوديوم 10 غ

بيكر بونلات البوتاسيوم 2 غ

السواغات: كركندل جرة واحدة من 100 ملل

قائمة السواغات ذات التأثير الملحوظ:

بار هيدروكسي بترولات

المتيل و البروبيل

دواعي الإستعمال:

يوفر غافسكون أدفانس تسليطية سريعة، تنوم طويلا، ضد حرقة المعدة وعسر الهضم.

طريقة الإستعمال:

عن طريق الفم.

ك جيداً قبل الشرب.

لكن في متناول الأطفال.

لتخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.

بب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de comm

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N°205/15 DMP/21/NNP

PPV: 48 DH 40

BN 101984

DOM 01/2021

EXP 01/2023

3079955

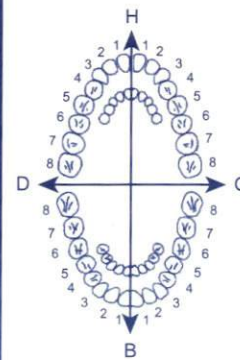
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

صيدلية الغفران PHARMACIE GHOFRANE

الزقة 2 الرقم 116 بلوك «س» حي القدس سيدي البرنوصي - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

DEB: 1589748000080

Casa, le 21/12/2022

FACTURE N° 007664

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Gaviscon	1	98,80	98,80
<p>PHARMACIE GHOFRANE Dr. HRIOUA LAÏLA Rue 2 N° 116 Bloc (C) quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca</p>			

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Signature

98,80 2
PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HRIOUA LAÏLA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca