

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 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

- 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° W21-727343

228925

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726 Société : RAM Retraité

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : Belouch Mohamed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 10, Rue EL Farabi Hay Yasmine Berrechid

Tél : 0663 100297 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 SEPT 2022

Nom et prénom du malade : Belouch Mohamed Age : 67 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ESCARZ

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dr. TALIBI Hassan OMNIPRATICIEN 0522 517 517 / 0663 866 610

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 : Berrechid

Le : 09/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-2-15/2019

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
02 SEP 2022				INP : 051151339 Dr. TALIBI Hassan 0322 547 574 / 0663 866 610

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE IDNOU NAFIS HAY Yasmina Berrechid Tél. 05 22 53 31 88 062057401	02/09/2022	2195,50

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 canalaires, 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B	B														
	[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

Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن

طبيب عام

Du en Rhumatologie (Bordeaux - France)
Du en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
Du en Diabétologie (Bordeaux - France)
Du en Gériatrie (Bordeaux - France)
Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique (Paris - France)
Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

دبلوم في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري (بوردو-فرنسا)
دبلوم في الجراحة الجلدية (كلية الطب-الرياض)
دبلوم في علاج السكري (بوردو-فرنسا)
دبلوم في علاج طب الأشخاص المسنين (بوردو-فرنسا)
دبلوم في الليزر الطبي (باريس-فرنسا)
الختانة الطبية- الجراحة الصغرى- الطب التجميلي

Berrechid le :

02/09/2022

برشيد في :

MR BELOUCH MOHAMED

Lot N°

Exp

PPV

• XYFLO 400 mg - Comprimé

1 Comprimé/jour après repas x 7 J

• Chlorure de sodium 0,9% sothema 0,009 - solution pour perfusion

4 Flacons

• Ialuset Creme Acide Hyaluronique 100g

1 Application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cicatrisation

• MEBO Pommade

1 application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cicatrisation

• VASELINE OFFICINALE

1 Application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cicatrisation

• Compresses Stériles

• Pansement hydrocolloïde Algoplaque

1 Pansement/jour (30 sachet)

• CICAPLAST SPRAY B5 SPRAY

1 Application /jour au changement du pansement

ZENITH Pharma

PPC: 175,00 DH

Conserver à une température
Ne pas laisser à portée
Pour les indications, l

PPV: 140,00 Dhs

Dr. TALIBI HASSAN
OMNIPRATICIEN

0522512574/0663.866.610

شارع محمد الخامس، زاوية زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل "C"، الطابق الاول، شقة 1

برشيد - أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74

LOT: 220611
PER: 10-2024
PPC: 15.90DH

LOT: 220611
PER: 10-2024
PPC: 15.90DH



Les consignes peuvent varier localement • Instructions may vary locally • Anweisungen zur Mulltrennung können regional variieren

e100 ml/100 g

Distribution réservée aux dépositaires agréés La Roche-Posay. Made in France.

La Roche-Posay Laboratoire Dermatologique
CAI 86270 La Roche-Posay, France
TSA 75000 93584 ST OZEN CEDEX FR

www.laroche-posay.com

FR - SPRAY CONCENTRÉ RÉPARATEUR APASANT.
SENS CONTACT INVISIBLE.
NO TOUCH AFWENING CONCENTRATED SPRAY.
TOUCH-FREE INVISIBLE.
DE - INTENSIV REPARIERENDES, BERUHIGENDES SPRAY.
NO TOUCH AFWENING, UNSICHTBAR.
ACABADO INVISIBLE.
IT - SPRAY LENITIVO RIPARATORE CONCENTRATO.
SENZA CONTATTO INVISIBILE.
SPRAY CONCENTRÉ RÉPARATEUR APASANT.
SENS CONTACT INVISIBLE.
RU - BOČICA INTENZIVNO REPARIRAJUĆI I UTOČIŠNI SPRAY.
BEZ KONTAKTA INVISIBILNO.
202003247 - INGREDIENTS: AQUA (WATER) / AIL • IL VETIVER •
PARAFENIL • INTENSIF • PHENTOL • BIODOL • SODIUM CITRATE •
CHLORIDE • DIOXIDE OF TITANIUM • HYDROXYMETHYLCELLULOSE •
OTHER L.A.O. • TROUSSEMENT ENFANT/ADULTE INDOUPEMENT (DOE FILL
20180207)

3612622496665
540403
04/24