

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0037861

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09342 Société : R A M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Khabbaz Abdenasser
Date de naissance : 14-04-1971
Adresse : Lot Nassim résidence Ghita 1 bat 168
N° 13 Casablanca
Tél. : 06 19 74 90 10 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
	02/11/22	174.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

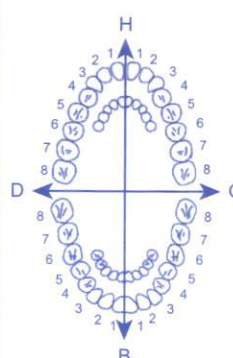
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué 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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie OUADOUDY - Casablanca

HICHAM Ouadoudy

0528896889

HAY ANNASIM IMM 400 N 2 CASA , CASA



Facture N° 20221226-495

Date de vente : 02/11/2022

Médecin traitant :

Khabbar Anas

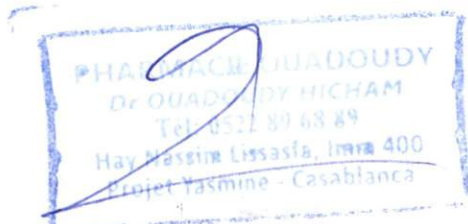
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ENTEROGERMINA AB 4 MILLIARDS/5ML B10	1	100,00	TVA (7.00%)	100,00
CARBOSYLANE CO 140MG/45 B96 GELULES GM	1	74,00	TVA (7.00%)	74,00



Total HT	162,62 DHS
TVA	11,38 DHS
Total	174,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatorze DHS



IF : 50814520 TP : 36214580 RC : 357482 ICE : 001731008000003

Tel : 0528896889

Adresse : HAY ANNASIM IMM 400 N 2 CASA , CASA

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans dans le traitement symptomatique des états dyspeptiques (digestion difficile) et du météorisme (ballonnement intestinal).

يُوصف هذا الدواء لدى البالغين والأطفال فوق سن 6 سنوات لعلاج أعراض عسر الهضم (الهبضم الصعب) والانتفاخ المعوي.

عن طريق الفم.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Unité de prise : 2 gélules jumelées (bleue et rouge).

الجرعة الواحدة : 2 كبسولات (واحدة زرقاء وواحدة حمراء)
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

Lire la notice intérieure avant utilisation.

MISE EN GARDE SPECIALE :

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

Pas de précautions particulières de conservation.

FABRICANT :

"Laboratoires GRIMBERG SA

ZA des Boutries - Rue Vermont - 78704 Conflans-Sainte-Honorine Cedex - FRANCE"

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AU MAROC :

Laboratoires SOTHEMA - B.P. N° 1, 27182 BOUSKOURA - MAROC

Sous licence des LABORATOIRES GRIMBERG SA

AMM MAROC N°: 261R1/20/dmp/NRQad

MEDICAMENT NON SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE.

دواء يصرف دون وصفة طبية.

LOT: 111

EXP: 06-2025

Laboratoire Sotherma
CARBOSYLANE

Boîte de 96 gélules (48 doses)

PPV 74.00 DH



6 118001 070893



Laboratoires
GRIMBERG