

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 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 Anglé 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° W21-817531

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1262 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELBEIDA ABDALLAH

Date de naissance : 10/00

Adresse : Lot JAWHARA N° 59 3^e étage -

7-5 SIM CASE

Tél. : 0607878202 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 MARS 2024

Nom et prénom du malade : BELBEIDA ABDALLAH

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

Nature de la maladie : HTA + diabète + arthrose + gèle

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 : CASABLANCA Le : 05 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

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 Honoraires

INP : **Dr. HORMA MOUMADINE**
Médecine Générale
51, Rue Brou Nafia Maalk Casablanca
091075739

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/2024	638,00

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 canaux, 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> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur **HORMAT Nouredine**
MEDECINE GENERALE
 Echographie Générale
 Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss
 Angle (ex. Jura et Fauclles)
 Maârif - CASABLANCA
 Tél. : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين
 العام
 بالصدى
 لمرخصة السياقة

الين النفيس
 الدار البيضاء
 05 22 25 81 82

PHARMACIE JOBRANI Laila
 Docteur en Pharmacie
 28, Rue 2 Lot. Sazzin Sidi Moumou
 Casablanca
 Tél. 05 22 70 03 43

10-5 MARS 2024

Casablanca, le

Bobbeide Abdel

105,20

Selon HET 16015/125

123,60 x 2

Puexy 40 (=

79,70

Agit 50

48,70

Solupred

28,80

Vibramil

48,40
 638,00

Quamsey 3



DR. HORMAT Nouredine
 Médecine Générale
 Médecin Agrée pour Permis de Conduire
 51, Rue Ibnou Nafiss
 Tél. : 05 22 25 81 82

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.I.
 Ain sebaâ Casablanca
 P.P.V. : 48,70 DH

185,200

غافيسكون مزيج معلق للشرب في قارورة 150 ملال
التركيب:
الجبنات الصوديوم 10 غ
بيكربونات البوتاسيوم 2 غ
المواصفات: لكل ل جرعة واحدة من 00

قائمة المضافات ذات التأثير الملحوظ:
بار هيدروكسي بترولات
المثقل والبروبيل
دواعي الإستعمال:
يوفر غافيسكون
أنفاس تفتحة سريعة
تدوم طويلا ضد حرقة
المعدة والتهضم
طريقة الاستعمال:
عن طريق الفم.

DISPONIBLE EN PHARMACIE UNIQUEMENT

غافيسكون أدفانس

GAVISCON

ADVANCE

GOÛT ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

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

• Formule extra puissante • تركيبة بقوة اضافية

• Effet Longue Durée • تدوم طويلا

نكهة الينسون خالي من السكر

يجزك جيداً قبل الشرب.
لا تتركوه في متناول الأطفال.
يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.
لا يجب الحفظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر بعد الفتح.
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 commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM N° 08R1/2020 DMP/21/NRQd
RPV: 48 DH 40

BN ADV948
DOM 07/2022
EXP 07/2024

3122756

ver ici
s enlever. e 150ml