

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-003127

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 156562
 Nom & Prénom : BENAMAR DINA
 Date de naissance : 2.3.57
 Adresse : 64, Rue I mam Al Haramain 1^{er} étage
 Maarif CASABLANCA
 Tél. : 0662373031 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENAMAR DINA 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 : CASABLANCA Le : 24.01.23
 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

Pharmacie Universitaire
FACULTÉ DE MÉDECINE
115, Rue de la Santé
Tél: 05 40 00 00 00
30/03/23
179,20

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

RISONEL®

Le praticien est prié de préciser la dent traitée,

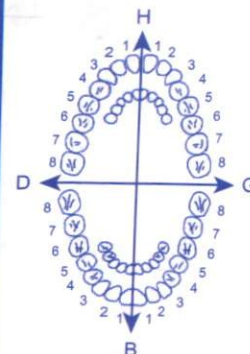
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse

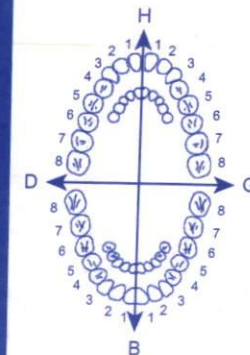
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature
Soins



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

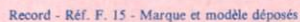
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

30/3/23

DOIT

DATE DE REGLEMENT : _____

Pharmacie Univers Santé
Hicham JAMALI
113, Rue El Oufir
Tél: 06 22 88 09 08 - Casa



PPV:
60DH10

580735

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc



Médicament autorisé /
Authorized medicine /
34009 30653074



33565 Carbon Blanc, France

Maxilase[®]

MAUX DE GORGE

ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP

**Attivement cette notice avant de
ment. Elle contient des informations
votre traitement.**

peut être utilisé en automédication
à sans consultation ni prescription

es persistent, au delà de 5 jours,
ou si de nouveaux symptômes
mandez l'avis de votre pharmacien

aitte pour vous aider à bien utiliser
Gardez-la, vous pourriez avoir

MEDICAMENT A LA PORTEE DES

ILLASE MAUX DE GORGE

3000 U. CEIP, comprimé enrobé et

En cas de survenue de signes généraux d'infection comme :

- fièvre élevée ($> 38,5^{\circ}$) et persistante (plus de 3 jours),
- apparition d'autres symptômes comme : maux de gorge ou de tête importants, nausées, vomissements, douleurs ou écoulement de l'oreille, douleur de la face,
- persistance des symptômes sans amélioration au delà de 5 jours.

CONSULTEZ VOTRE MEDECIN

**EN CAS DE DOULTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS
DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

comprimé enrobé

SANOFI



**5. COMMENT CONSERVER MAXILASE MAUX DE GORGE
ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser MAXILASE MAUX DE GORGE

ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé après la

date de péremption mentionnée sur la boîte.

A conserver à une température inférieure à 25°C .

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Que contient MAXILASE MAUX DE GORGE

ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP, comprimé enrobé ?

La substance active est :

Alpha-amylase

3000 U. CEIP*