

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Horloger  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-490213

N°D:

13877.

Lounien

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1442 Société : 247

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKRAH / Touni

Date de naissance : 24/11/69

Adresse : 163 KSAUR ASMEL PASSIRA / TARRAFEL

Tél. : 0666593575 / 052434033 Total des frais engagés : 136,2 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 : TARRAFEL Le : 24 / 11 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/11/14

131,20

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### 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

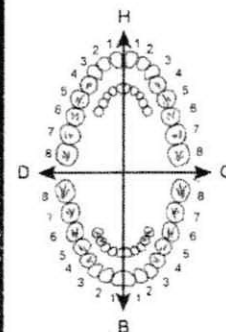
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

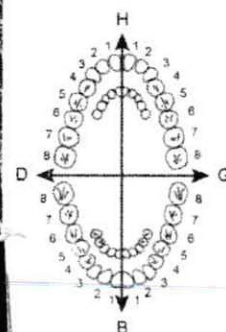
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PH.CENTRALE GUELIZ

HAIZOUN TARIK

166.AV.MOHAMED V

MARRAKECH

Taxe Profes. N°: 45101632

N° R.C. : 69801

N° ID.F. : 15271278

N° CNSS : 1536294

Tel : 0524430158

Fax :

MME BANQUOUR TOURIA

I.C.E. :

N° ICE 001606462000046

Le : 25/11/2019

FACTURE N°:

1702/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	BRONCHATHIOL AD SP	31.20	31.20
1	KETUM GEL TUBE DOSEUR/10	100.00	100.00

TVA 7%: 8.58

Total : 131,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :  
CENT TRENTE ET UN DIRHAMS ET VINGT CTS

PAYE EN ESPECE

شركة  
Ste.  
166, Bd. Mohamed V - Marrakech  
Tél: 05 24 43 01 58

# KETUM

## Kétop Tub

Lisez at  
Elle cor  
médecin  
identiqu

LOT : 7022A  
PER : JUN 2020  
PPV : 100 DH 00

médica  
avez a  
nent p  
riez av

IDEN  
Comp  
Kétop  
Excipi  
(carb

Fort  
Gel,

Clas  
Anti

DANS

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le kétoprofène.

- des poussées d'arthrose des petites articulations,
- des tendinites,
- des traumatismes de type entorse bénigne (foulure), contusion,
- des lombalgies,
- des réactions inflammatoires des veines consécutives à une sclérose de var

### ATTENTION!

#### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- à partir du 6<sup>ème</sup> mois de la grossesse,
- antécédent d'asthme à ce médicament ou à un médicament apparenté, nota
- antécédent d'allergie cutanée au kétoprofène ou à l'acide tiaprofénique, a
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- sur peau lésée, quelle que soit la lésion: lésions suintantes, eczéma, lésion

Pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt, ne pas s'exposer au s

#### Mises en garde spéciales

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans), en l'absence de données  
L'exposition au soleil (même voilé) ou aux UVA des zones en contact avec le gel peut  
Aussi, il est nécessaire :

1. de protéger les zones traitées par le port d'un vêtement durant toute la d
2. de procéder à un lavage soigneux et prolongé des mains après chaque u

d'être exposées au soleil.

En cas d'apparition d'une réaction anormale de la peau pendant le traitement : a

Respecter les conseils d'utilisation :

- ne jamais appliquer une dose supérieure à celle qui est recommandée (Cf.
- la fréquence et la durée de traitement préconisées par votre médecin.

#### Précautions d'emploi

- Ne pas appliquer sur les muqueuses, ni sur les yeux.
- Eviter toute application sous pansement occlusif.

#### Interactions médicamenteuses et autres interactions

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS  
TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

FLUIDIFIANT



# BRONCHATHIOL®

Carbocistéine 5%

31,20

31,20

ADULTE



BRONCHATHIOL

Ce médicament est réservé à l'adulte (plus de 15 ans).

Mises en garde spéciales

Foibles offension avec BRONCHATHIOL® F. PECTORANT ADULTES, solution buvable.

Mises en garde spéciales et Précautions d'emploi :

A fortes doses, on peut parfois constater l'apparition de phénomènes digestifs : gastralgies, nausées, diarrhées.

ES, solution buvable après la date

ANT ADULTES, solution buvable ?

ET ET CONSULTEZ RAPIDEMENT

ANT ADULTES, solution buvable

vont de prendre tout médicament.

pour ce médicament.

erment, consultez votre médecin.

il les conseils de votre médecin.

de votre médecin ou

es gastroduodénaux

e A (E124) et peut provoquer

er des réactions allergiques

de méthyle (E218) et du

antihistaminiques et/ou des substances

non. Condamnement de la défense

éder 5 jours

en. Condamnement de la défense

éder 5 jours

en. Condamnement de la défense