

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

Declaration de Maladie

N° W19-517428

N° D: 44 961

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1125 Société : RSM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YASSIRE KAMAL

Date de naissance : 21/07/1971

Adresse : Hay Janal me 5 n°64 bis HM

Tél. : 0668914028

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 :

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) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TISSIR Dr. Salwa HAJOU Bd. A N° 58 Hay Mohammadi Casablanca Tél.: 0522 62 67 01	23/10/12	88,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

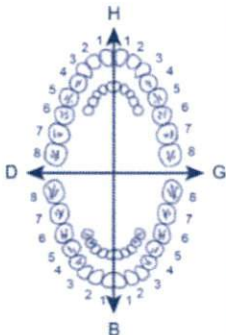
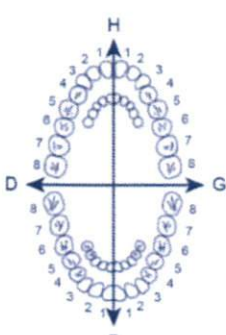
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 border="1"> <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	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																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE TISSIR 2

DR. HAJOUI SALWA

AV. A N° 58 HAY MOHAMMADI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 31916566

N° R.C. : 382242

N° CNSS : 8302242

N° ID.F. : 40707250

N° ICE 001663777000079

Tel : 0522626701

Fax

YASSIRE KAMAL

I.C.E. :

HAY JAMAL RUE 5 N°64

CASABLANCA

Le : 23/10/2020

FACTURE N°: 2720/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	RHUMIX	22,00	7	22,00
1	STREPSILIS MIEL CITRON CP	66,00	7	66,00

TVA 7%: 5.76

Total : 88,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE-VINGT HUIT DIRHAMS



PHARMACIE TISSIR II
Dr. Salwa HAJOUI
Bd. A N° 58 Hay Mohammed
Casablanca Tél: 0522 62 62 62

amylmetacresol 0,6 mg.

Les autres excipients sont: huile essentielle de menthe poivrée, huile essentielle de citron, miel, jaune de quinoléine, acide tartrique, saccharose liquide, glucose liquide.

Excipients à effet notoire: jaune de quinoléine, saccharose, glucose.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver en dessous de 25° C

Fabriqué par: Reckitt Benckiser Healthcare International Ltd, Nottingham, Angleterre.

Distribué par: PHARMACEUTICAL INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda, Maroc.

يوصف ستريبسيلس عسل و ليمون للعلاج الموضعي كنواء مساعد مضاد لبكتيريا الالتهابات المحدودة للغشاء المخاطي للفم والبلعوم. البالغين والأطفال (أكثر من 6 سنوات): قرص يذوب ببطئ في الفم 3-6 مرات في اليوم لا ينصح للأطفال تحت سن 6 سنوات استخدام هذا المنتج

كل قرص يحتوي على الكحول 2.4 - ديكلوروبنزيلي 1.2 مغ وأمليميتاكريزول 0.6 مغ
المواغات الأخرى هي: زيت أساسي من النعناع، زيت أساسي من الليمون، عسل، أصفر الكينوليين
حامض التارتريك، محلول السكر، محلول الغلوكوز
المواغات ذات التأثير المعروف: أصفر الكينوليين، السكر، الغلوكوز
لا تتركوه في متناول الأطفال

PPV:66 DH 00

يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25° مئوية

يصنع من طرف: ريكيت بينكيزر هيلث كير انترناشيونال ، نوتنجهام ، إنجلترا
يوزع من طرف: معهد الصيدله ص . ب 12100-4491 ، عين العوده ، المغرب



Miel & Citron
Strepisils®