

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ns générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ptique :

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008108

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MIATI BOVAZZA

Date de naissance : 10.03.1952

Adresse : OULFA

Tél. : 066855040

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 : 16/07/2021

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

39.30

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

A M

P C

I M

I V

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

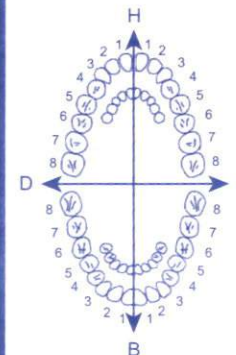
Coefficient

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

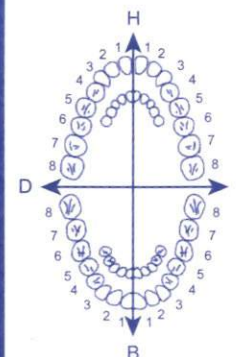
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Nº

A

Le

209

MnI + TP. BaA32A

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
1	Dolamine	15,30	15,30
1	Aspico 500mg	17,00	17,00
			<hr/> 32,30

Pharmacie TAM
Dr. Bernani Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tel: 0522 90 18 99

PPV: 17.00 DH
CB02050
EXP: 10/2023

عن طريق الفم.
التهرب التبرص فور اذنيه في كوب ماء كثر.
دواعي الاستعمال : هذا الدواء يحتوي على الاستيرين.
يتمتع به الشخص البالغ (ابتداء من 15 سنة) في حالة الالام و/أو ارتفاع درجة
الحرارة مثل الصداع، الالام المفاصلية، والتهرب التبرصية، والتهرب التبرصية.
الزكام، التهاب الحلق، التهاب
لا يترك في متناول يد او يصر الاطفال.
. الاستعمال
. احتوى هذا الدواء على 250 ملغ من المادة الفعالة في كل قرص.
يحفظ بعيدا عن الرطوبة ودرجة حرارة اقل من 25° مئوية.



il est indiqué chez l'adulte (à partir de 15 ans) en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, douleurs dentaires, lombagos, courbatures, douleurs rhumatismales, rhume, grippe, maux de gorge.
NE LAISSER NI À LA PORTÉE, NI À LA VUE DES ENFANTS.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à l'abri de l'humidité et à une température inférieure à 25°C.

**MIGRAINE
NEURALGIES
FIEVRE - GRIPPE
RHUME
MAUX DE DENTS
REGLES
DOULOUREUSES
COURBATURES
RHUMATISMES
LUMBAGO**



GALENICA

DOLAMINE®

paracétamol - caféine - prométhazine

**Voie orale
20 comprimés**

Composition :

Paracétamol 0,400 g
Caféine 0,025 g
Prométhazine chlorhydrate 0,005 g
Excipients q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose

**Boîte de 20 comprimés
AMM N° : 329 DMP/21/NCF**

DOLAMINE®
Boîte de 20 comprimés



P.P.V. : 15,30 DH

6 118000 190394