

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-655452

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

03045

Société :

CAM

86285

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KAMALI ALI

Date de naissance :

01/11/1960

Adresse :

2 Rue Georges Sandoz Jorf

Tél. :

0661331762

Total des frais engagés :

115,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

KHALFI CHAIMAA
Médecin Interne
Hôpital: Mou V EL JADIDA

Date de consultation :

16/08/21

Nom et prénom du malade :

Kamali Ali

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

61

☐ 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 :

Casa

Le :

20/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
16/08/21			5	DNP: KHALFI CHAIMAA Médecin Interne Hôpital. Mod V EL JADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/27	115,10

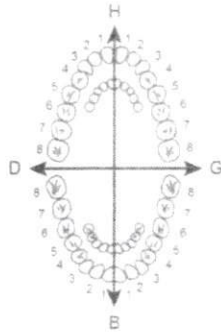
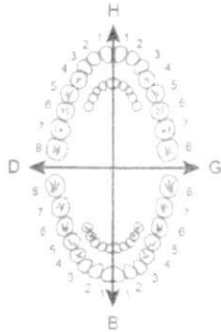
[illegible][illegible]

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 :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Sora le 16/08/21

78,8 Mr KARAW Ali1/ Vitanevil Fort
37,00 1cp x 2/j pelt 15j2/ Dulestan 500mg/2mg
49,70 1cp/j pel 10j3/ Voltfast 50mg
1 sachet x 2/j pelt 3j115,50

KHALFI CHAIMAA
 Médecin Interne
 Hôpital Mod V EL JADIDA



MFD 07 2019
EXP 06 2021
LOT AMPA1WJ

Voltfast® 50 mg

Diclofenac de potassium

Analgésique,
anti-inflammatoire

NOVARTIS

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg

Poudre pour
solution orale

PPV : 49.70 Dhs

فولتفاست® 50 ملغ
ديكلوفيناك البوتاسيوم

مهدئ الآلام ،
مضاد الالتهابات

Poudre pour solution orale
Sachets

مسحوق لمحلول للشرب
9 أكياس

DULASTAN®
500mg / 2mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

دولاستان¹
باراسيتامول / ثيوكولشيكونيد

500 مغ / 2 مغ



عن طريق الفم

علبة من 20 قرصا

آي إم
Pharma

Mode d'administration et posologie :

Voie orale.

Se conformer à la prescription médicale.

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

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation

N° d'AMM 285/12DMF/2/1/NCN

طريقة الاستعمال والجرعات :

عن طريق الفم

إعطاء وصفة الطبيب

يحفظ بعيدا عن حرارة ومصادر الأضواء.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 °C.

اقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال

Respecter les doses prescrites

LISTE I

Uniquement sur ordonnance

DULASTAN®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg



Voie orale

Boîte de 20 comprimés

Composition :

Paracétamol..... 500 mg

Thiocolchicoside..... 2 mg

Excipients : q.s.p. 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose

EPI titulaire de l'AMM au Maroc :
آي إم
Pharma

Zone Industrielle Bourzika - Maroc

Dr. M. HOUACHI - Pharmacien Responsable

Fabrication par

A. POLYVEPIC

Rue Amyot d'Ivrye Quartier Anzaleh, Casablanca - Maroc.

آي إم
Pharma

دولاستان[®] 500mg / 2mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا 37,00

C91646-03

106x45x22

فيتانفريل[®] قوي



بنفوتيامين 100 ملغ

28,80

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



Composition:

Benfotiamine 100 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notoire :

lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation

ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVIL[®] FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593



25x34x79
3