

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Aliat Ben Abdellah 8ème Etage Anale Rue Mohamed Fakih et Rue Aliat Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



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

Déclaration de Maladie

N° W21-666476

113403

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ AL

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4187 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MELHAOUI MOSTAFA

Date de naissance : 25-08-1947

Adresse : 10 Avenue Hachmi FILALI - Lot des Eucalyptus
CASABLANCA

Tél. : 0661149727 Total des frais engagés :

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'atteste médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AQUA PARC MEDICINE CHAD Par Boul. Douar Lahlal Tel 05 22 29 00 11	25/03/2022	108,30

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

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 B </div> <div> 00000000 35533411 G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien Dentiste

Bd. Afghanistan N° 40 - 1er Etage

طبيب جراحى للأسنان

علاج - التعويض - الإيجاج - أشعة

شارع أفغانستان رقم 40 الطابق الأول

الحسنى الدار البيضاء الهاتف : 05 22 90 16 04

Casablanca le 25/03/2022 الدار البيضاء في

7 JELHAOU FARIDA

64.10

Displacement

44, 20

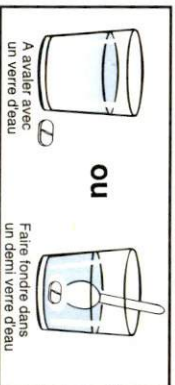
- Difal 50 mg

108.30

- Bucco thy 70 L (83)

315

Mode d'emploi



**Conserver à une température inférieure à 25°C
et à l'abri de l'humidité**

NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS

DISPAMOX® 1 g ○

14 comprimés dispersibles



6 118000 140146

LOT : 21911
PER : 10/23
PPV : 64,10 DH



le Laboratoire Pharmaceutique
NOVOPHARMA
Z.I.12 Tit Mellil Casablanca

DISPAMOX®
amoxicilline **1g**
14 comprimés dispersibles

ديفال 50 ملغ
30 قرصاً

30 قرصاً

عن طريق الفم

ديفال®

ديكلوفيناك صوديومي

50 ملغ

مسكن الآلام
ضد الالتهاب

غالينيكا

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المصادر وكيفية الإستعمال،
اقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste II

احترموا الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

30 comprimés

Voie orale

DIFAL®

diclofénac sodique

50 mg

ANTALGIQUE
ANTI-INFLAMMATOIRE

GALENICA

DIFAL® 50 mg

Boîte de 30 comprimés

E DF C A 4 V FA 01

COMPOSITION :

Diclofénac sodique 50 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.

Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

مختبرات غالينيكا - عرض أولاد صالح - المدار البيضا - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

AMM N° : 296/17DMP/21/NRQ

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg

Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

43x20x90
g