

## 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

- 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



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

M22- 0014953

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 313 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. Nasseh El Hissi Fatouma  
Date de naissance : 1-1-1949  
Adresse : Genat El Beida N 45 Hay Hassni  
Tél. : 06 137 47 17 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 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

KORKMAZ ECZANESİ  
Ecz. Güler AĞCA  
Mesihpaşa Mah. Azimkaya Sok. No: 3/A  
Aksaray - Fatih / İSTANBUL  
Tel: 0212 638 7215

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

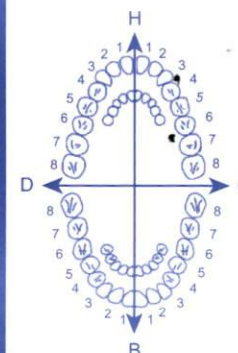
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

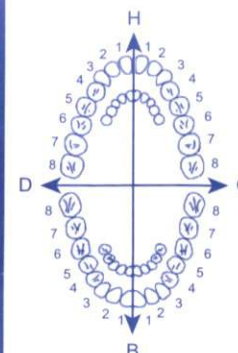
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



korkmaz  
eczanesi



CUSTOMER SERVICE :

+90 212 638 72 15



WHATSAPP 7/24 :

+90 553 935 3517

PRODUCT NAME	PC(S)	PRICE	SUBTOTAL
NOXINOX KREM 100 ML	1	117,04	117,04
BETMIGA TABLET 50 MG 3C	3	255,13	765,39
CRESTOR FILM TABLET 10	1	74,39	74,39
COVERAM TABLET 5 MG/5	1	56,33	56,33
TOTAL 6 ADET ÜRİ	<i>TOTAL</i>		1013,15

~742\$

THANKS FOR CHOOSING US !

СПАСИБО, ЧТО ВЫБИРАЕТЕ НАС !

БЛАГОДАРИМ, ЧЕ ИЗБРАХТЕ НАС !

MERCI DE NOUS CHOISIR !

MULȚUMESC PENTRU NE-AȚI ALEGE !

¡GRACIAS POR ELEGIRNOS!

شكرا لاختيارك لنا

感谢您选择我们 !

MALI DEGERİ YOKTUR



korkmaz  
eczanesi



4001475

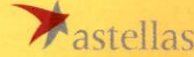
**Betmiga™ 50 mg**  
Uzatılmış Salımlı Film Tablet  
Mirabegron



**Betmiga™ 50 mg**

Uzatılmış Salımlı Film Tablet  
Mirabegron

**30 Tablet**



**Ağız yoluyla kullanılır.**

Çocukların göremeyeceği, erişemeyeceği yerlerde ve ambalajında saklayınız.

30 °C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız.

Kesilmiş veya açılmış ambalajları satın almayınız.

Kullanmadan önce kullanma talimatını okuyunuz.

Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktorunuza başvurunuz.

Reçete ile satılır.

**Etkin madde: Mirabegron**

Bu ilacı sıvılarla birlikte almalısınız ve tableti bütün olarak yutmalısınız.  
Tableti ezmeyiniz veya çiğnemeyiniz.

**Ruhsat sahibi:**

Astellas Pharma İlaç Ticaret ve  
Sanayi A.Ş.,  
Şişli, İstanbul

**Ruhsat no:** 29.09.2016 - 2016/683

**Üretim yeri:**

Avara Pharmaceutical  
Technologies, Inc.  
3300 Marshall Avenue  
Norman, OK 73072  
ABD

21K2543

10 2024

Parti no.  
Son Kul.  
Ta.



4001475

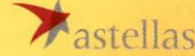
**Betmiga™ 50 mg**  
Uzatılmış Salımlı Film Tablet  
Mirabegron



**Betmiga™ 50 mg**

Uzatılmış Salımlı Film Tablet  
Mirabegron

**30 Tablet**



**Ağız yoluyla kullanılır.**

Çocukların göremeyeceği, erişemeyeceği yerlerde ve ambalajında saklayınız.  
30 °C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız.

Kesilmiş veya açılmış ambalajları satın almayınız.

Kullanmadan önce kullanma talimatını okuyunuz.

Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktorunuza başvurunuz.

Reçete ile satılır.

**Etkin madde: Mirabegron**

Bu ilacı sıvılarla birlikte almalısınız ve tableti bütün olarak yutmalısınız.  
Tableti ezmeyiniz veya çiğnemeyiniz.

**Ruhsat sahibi:**

Astellas Pharma İlaç Ticaret ve  
Sanayi A.Ş.,  
Şişli, İstanbul

**Ruhsat no:** 29.09.2016 - 2016/683

**Üretim yeri:**

Avara Pharmaceutical  
Technologies, Inc.  
3300 Marshall Avenue  
Norman, OK 73072  
ABD

21K2543

10 2024

Parti no.  
Son Kul.  
Ta.