

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Déclaration de Maladie : N° S19-0018303

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00626** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TADILI Redouane** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661.39.02.26** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **17 OCT. 2019** 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) :

VOLET ADHÉRENT

MUPRAS N° **S19- 0018303** 17 OCT. 2019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

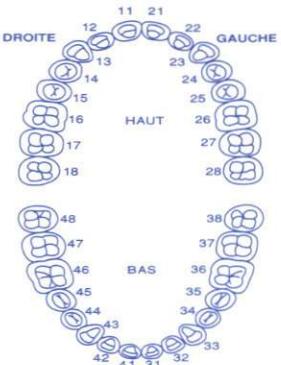
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

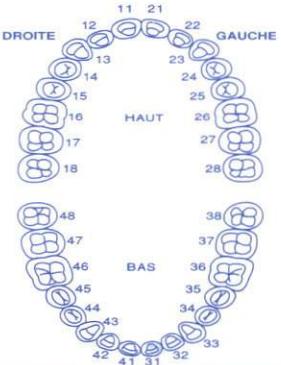
Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



DROITE	11 21	GAUCHE	22
	12 13		23 24
	14		25 26
	15		27 28
	16		
	17		
	18		
	48		38 37
	47		36 35
	46		34 33
	45		
	44		
	43		
	42 41 31		32 33

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : *Tahiri Abdou*

Mle

DECLARATION N° P 14 / 0016828

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

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

52 - 80

03

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Cachet
MUPRAS

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

P 14 / 0016828

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle *so 666*

Nom & Prénom *Tahiri Abdouane*

Fonction *Activité* | Phones *0661391226*

Mail *Abdouane.tahiri.95@gmail.com*

Signature de
l'adherent
Tahiri

MEDECIN

Prénom du patient *Abdouane*

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age *07/08/04*

Date

Date 1ère visite

Nature de la maladie

Activité libre

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature et
cachet du
médecin

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date *17/09/2019*

Montant de la facture

52,80

Signature et

صيادلة للمقابض
Pharmacie de Kebibat
SEDRATI M Pharmaciens
7, rue Slaoui Kebibat - Raba

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Tél. : *0527 69 05 07*

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Pharmacie de Kebibat

Mohamed Sedraoui
Pharmacien

7, Rue Omar Slaoui
KEBIBAT - 10000 RABAT

Tél.: 05 37 69 05 07
C.C.P. : 101295
R. C. : 23778

صيدلية القبيبات

محمد السدراوي
صيدلي

زنقة عمر السلاوي
القبيبات - الرباط

الهاتف : 05 37 69 05 07
السجل التجاري : 101295
الحساب البريدي : 23778

FACTURE N°

Rabat, le 17 / 09 / 19 الرّباط، في

Client : M. M'hamed Redouane

Quantité	Désignation	P. U.	Total
1	Ioflupacap 100 mg	14.10	14.10
1	M.U.KOZ	38.80	38.80
			52.90

Arrêté à la bouteille de ciprofloxacin 500 mg

صيدلية القبيبات

Pharmacie de Kebibat

SEDRATI M^{ed} Pharmacien

7, rue Slaoui Kebibat - Rabat

Tel.: 0537 69 05 07

MUXOL® 0.3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, d'
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le
identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous ren-
parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

pharmacien.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

PPV:14DH00

PER:01/22

LOT:1086

14,00

Doliprane

PARACÉTAMOL



DOLIPRANE® 1000 mg "comprimé"

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracetamol DC 90 (1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Posologie : 1 comprimé par jour, entre 15 et 20 heures, ou sur prescription.

1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol

Quantité Correspondant à Ambroxol base (0,273 g).

Excipients : Glycerol, Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle, parahfuryle, acétate de isoamyle, acétate d'isobutyle, acétate de méthyle -3-delta-décalac

Eau purifiée .

Excipients à

2- CLASSE F

MUCOLYTIC

(R : SYSTÈ

3- INDICAT

Traitemen

aigus et d'

Ce médicar

4- POSOLOG

• Chez l'adu

Posologie u

• Chez l'enf

Plus de 5 an

2 à 5 ans : ;

Mode d'adu

Voie orale

Fréquence

Les prises s

Durée de tr