

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 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

- 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

Declaration de Maladie

N° W21-710546

Courrier

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 284 Société : _____

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : BENDOURO ABDELMALEK

Date de naissance : 19 Feb 1942

Adresse : LOT B 8 Secteur 7 HAY RIAD RABAT

Tél : 0661 19 10 66 Total des frais engagés : 45,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

MUPRAS
27 DEC 2023
ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-710546

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 : 284

Nom de l'adhérent(e) : BENDOURO

Total des frais engagés : 45,90

Date de dépôt : 27/12/23

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE BENI SNASSEN Mehdi Benhabba (Face INEJ) Souless - RABAT Tél.: 05 37 75 78 72 INPE 102015096	Date	Montant de la Facture
	21-12-2023	45,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

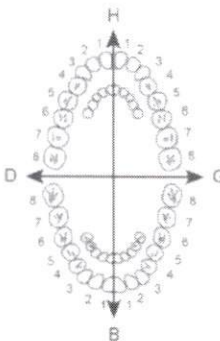
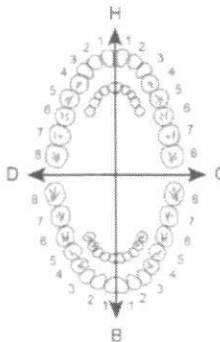
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

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 H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

INP : [][][][][][][][]

DATE DE
L'EXECUTION

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE BENI SNASSEN

Facture N°24518

Edité, le 21/12/2023

Client: MR: BENDOURO ABDELMALEK

Quantité	Désignation	P.P.V	Total PPV
3	DOLIPRANE 500MG/16 GELULES	15.30	45.90
		Total PPV	45.90

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
QUARANTE CINQ DIRHAMS, QUATRE-VINGT DIX CTS.

PHARMACIE
BENI SNASSEN
Av. Mehdi Ben Barka (Face INEJ)
Sous-Station - RABAT
Tél.: 05 37 75 78 72
INPE : 102015096

Doliprane® 500 mg, GELULE

PARACETAMOL

COMPOSITION

Paracétamol
Excipients : amidon de riz, palmitostéarate de g
Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde d
Bleu patenté V.

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N. Systè

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est
fièvre, telles que maux de tête, états grippaux,
douloureuses, chez l'adulte et l'enfant à partir d

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE
- allergie connue au paracétamol,

- maladie grave du foie.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE
OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d
un médecin.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant
(ans).

- Demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Compte-tenu des posologies recommandées, Il est

paracétamol.

- Avant de prendre du paracétamol il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de
maladie grave des reins ou du foie.

- Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique
ou de sucre dans le sang.

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent ou
en cas de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre
médecin ou de votre pharmacien.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE
VOTRE PHARMACIEN.**

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL
FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE
MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les
associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre
posologie).

Doli
Paracétamol

16 Gélules

DOULEURS &

PPV: 15DH30

PER: 02/26

LOT: M700



Doliprane® 500 mg, GELULE

PARACETAMOL

COMPOSITION

Paracétamol
Excipients : amidon de riz, palmitostéarate
Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxy
Bleu patenté V.

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N° 150430)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué pour le traitement de la fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs, chez l'adulte et l'enfant.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE pris en cas de :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par un médecin.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour les enfants (à partir de 6 ans).

Demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Compte-tenu des posologies recommandées, ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre posologie).
- Avant de prendre du paracétamol il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
- Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.
- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent ou en cas de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre posologie).

Doli
Paracétamol

16 gélules

DOULEURS & FIEVRE

PBV 150430
PER 09/26
LOT M3237-2



Doliprane® 500 mg, GELULE

PARACETAMOL

COMPOSITION

Paracétamol
Excipients : amidon de riz, palmitostéarate de
Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de
Bleu patenté V.

FORME PHARMACEUTIQUE

Gélule - boîte de 16.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE
ANTALGIQUE ET ANTIPYRETIQUE (N. Sy

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT
Ce médicament contient du paracétamol. Il est
fièvre, telles que maux de tête, états grippaux
douloureux, chez l'adulte et l'enfant à partir

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT
Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE
- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur
un médecin.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Il existe des dosages plus adaptés pour l'enfant (à partir de 6 ans).
 - Demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.
 - Compte-tenu des posologies recommandées, il est déconseillé de prendre plus de 4 g de paracétamol par jour.
 - Avant de prendre du paracétamol il est nécessaire de consulter votre médecin en cas de maladie grave des reins ou du foie.
 - Signalez la prise de ce médicament, en cas de prescription de dosages du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.
 - Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou si elles s'aggravent ou en cas de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.
- EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS
AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL
FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE
MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol, d'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre posologie).

Doli
Paracétamol

16 Gélules

DOULEURS &

PPV:15DH30

PER:07/26

LOT:M2400-2

