

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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

N° P19-

067407

MR = 30629

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7724

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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 : 26/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 canaux, 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								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		Montant des soins
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis									
			Fin d'exécution									
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution										

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0043781		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		



P 17 / 0043781

DATE DE DEPOT
..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle OFFER	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BOUMMA JILAL			
Fonction Reboute	Phones 066824145		
Mail TARIL.berkic@gmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient ELOUARSI GH Fabrice		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
pharyngite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CH		150,00	
PHARMACIE	Date 06/04/2020		
Montant de la facture			
165,10			
Pharmacie Hay Essada Bazw Amal Essada / N° 212 - S. Maarout Tél : (02) 97 22 70 Fax : (02) 97 25 63			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
			CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
			CACHET

Docteur Abdelilah HRAR

Médecine de travail
Médecine de sport
Faculté de médecine de Rennes
Diplôme d'échographie
Faculté de médecine de Montpellier
Diététique et Nutrition
Ex. interne des hôpitaux de France
Ex. Chef de service à l'hôpital de Taroudant
Tél et Fax : 05 22 33 52 90

الدكتور عبد الإله أحرار

الدكتوراة في الطب
طب الشغل
الطب الرياضي
كلية الطب رين
دبلوم في الإيكوغرافيا
كلية الطب مونبولي
الحمية و التغذية
داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
رئيس قسم سابق بمستشفى تارودانت
الهاتف : 05 22 33 52 90

Casablanca, le 06 AVR. 2020 الدار البيضاء، في

El Ouardigha. Farha.

301.00

10. Seebalgic

75.10

2. Epyca 75

14.40

3. Doliprane 1g 6ml.

22.80 x 2

4. Contance 5mg

165.10

Pharmacie Hay Essaada
Bakry Amal
Essaada IN 202
Tél: (02) 97 22 70
Fax: (02) 97 25 63

Docteur Abdelilah HRAR
Médecine Générale - Médecine de Sport
Diplôme d'Echographie
Diplôme d'Echographie
Haddiou - Sidi Maârouf Ouled Hadou
Casablanca - Tél: 022 33.52.90 - Casablanca

orthopédique,

- douleurs au cours des interventions O.R.L.,
- maux de tête, migraines,
- règles douloureuses,

Traitement de la fièvre, notamment :

- états grippaux, grippe,
- maladies infectieuses

Quelques conseils

Le produit doit être pris
de manière à prévenir

Respecter les posologies

Quelques conseils pour mieux connaître

Doliprane peut être associé aux médicaments

- anti-inflammatoires,
- cortisone ou ses dérivés,
- anticoagulants.

Doliprane peut être utilisé pendant la grossesse
l'allaitement.

Doliprane n'est pas agressif pour votre estomac, ou votre intestin.
Il peut être pris en cas d'ulcère gastrique ou duodénal.

PPV 140H40
PER 10/21
LOT 12450

Doliprane® 1000 mg ○
PARACETAMOL
10 SUPPOSITOIRES



6 118000 040323

Cortancyl® 5 mg

Prédnisone

Comprimé sécable

sanofi aventis

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Prédnisone 5 mg

Excipients : amidon de maïs, lactose, stéarate de magnésium, talc pour un comprimé sécable.

Forme pharmaceutique

Comprimé sécable (boîte de 30).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOÏDE - USAGE SYSTEMIQUE

(H : Hormones non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies anti-inflammatoires.

ATTENTION !

Dans quel cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- antécédent d'allergie à l'un des constituants.

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

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.
AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination antituberculeuse, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale, d'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment

Cortancyl® 5mg

30 Comprimés



6 118000 060345

Cortancyl® 5 mg

Prédnisone

Comprimé sécable

sanofi aventis

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Prédnisone 5 mg

Excipients : amidon de maïs, lactose, stéarate de magnésium, talc pour un comprimé sécable.

Forme pharmaceutique

Comprimé sécable (boîte de 30).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOÏDE - USAGE SYSTEMIQUE

(H : Hormones non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies anti-inflammatoires.

ATTENTION !

Dans quel cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- antécédent d'allergie à l'un des constituants.

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

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.
AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination antérieure, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale, d'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment

Cortancyl® 5mg

30 Comprimés



6 118000 060345

