

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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

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° P19-0028635

ND: 30587

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6692 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELZAK Mina

Date de naissance : 21/06/1961

Adresse : 81 Moussa Khoun Nossair

Tél. : 0661314394 Total des frais engagés : 70,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/06/2020

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 : 28/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
Pharmacie AIDA 196, Bd. Zerktouni - Casablanca Tél.: 05 22 26 32 53-Fax: 05 22 29 36 61 ICE : 001754606000050		70.80

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE AIDA
Benzakour HAYAT
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :60684
Date :29/04/2020

Client :
ZAKI AMINA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
AMOXIL 1G 12 COMP DISP	1	55 30	55.00
DOLIPRANE 500 MG COMP EFF	1	15 30	15.80
<p>PHARMACIE AIDA Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat 196, Bd. Zerkouni - Casablanca Tél.: 05 22 26 32 53 - Fax: 05 22 29 36 61 ICE : 001754606000050</p>			

Total T °C = 70.80

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SOIXANTE-DIX DHS 80 CTS

Bon rétablissement

196, Bd. Zerkouni-Casablanca Tél: 0522 26 32 53
PAT: 35504768 CNSS:1073452 ICE: 001754606000050

Amoxil 1g comprimés dispersibles
amoxicilline

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g
cont q.s.p. 1 comprimé
et de l'aspartam.

Chaque comprimé contient 12 comprimés dosés à
12g d'amoxicilline.

Amoxicilline 1g. يحتوي هذا الدواء على الأسبرين
تدقيقاً للنشرة بانتباه قبل الاستعمال.

اقرأوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال.
Les effets de la vue et de la portée des enfants.
Le médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau
يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV : 55,00 DH
LOT : 623664
PER : 05/21

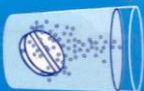
AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 16003

دولاب
بارا صيحاتمول
500 ملغ

16 قرصا فوارا



للكبار والأطفال
ابتداءً من 27 كغ

15,80

PPV : 15 DH 80
PER : 05 / 21
LOT : 1772