

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Orthothérapie :

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

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

Nº P19- 064060

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10914 Société : 46724

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAFDI HAKIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 062689638 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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-064060

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 canalaire, ainsi que le bilan de O.D.F.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des	
					<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire				
		H D	25533412 00000000 00000000 35533411	G G 00000000 11433553	Coefficient des travaux	
		<input type="text"/>				
		<input type="text"/>				
		<input type="text"/>				
		<input type="text"/>				
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution				

VOLET ADHERENT NOM :



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

W18-399107

DATE DE DEPOT

05/NOV/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 10914

Nom & Prénom HAFDI Habima

Fonction Agent support Phones 0662 682678

Mail HAFDI@royalairmaroc.com

Signature de l'adhérent  
Signature de l'agent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age ..... Date .....

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

U5 NOV. 2020

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

ACQUEUIL SITE H

PHARMACIE

Date 02/11/2020

Montant de la facture

Signature et cachet du Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date .....

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

MUPRAS

UXILIAIRES MEDICAUX

Date 15 NOV. 2020

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

M PC IM IV

Honoraires

ACCUEIL

**PHARMACIE**  
Hafsa MARRAKCHI  
95 Bd Mohamed V Benchid  
151 - 05 22 32 40 60

## FACTURE

N° 11/02

A Benedict le 08/11/2020

M ~~e~~ H A G O I H a k i m a

Doit

PPV:20DH00  
PER:05/22  
LOT:I1295

፭

የኢትዮጵያ ከተማ ሚኒስቴር  
መሸሪያ ደንብ - ትኩረት የሚከተሉት መሆኑን  
ለመረዳት የሚያስፈልግ ይችላል

መሸሪያ የሚያስፈልግ ይችላል



የመሸሪያ የሚያስፈልግ ይችላል

የመሸሪያ የሚያስፈልግ ይችላል

የመሸሪያ የሚያስፈልግ ይችላል

የመሸሪያ የሚያስፈልግ ይችላል

የመሸሪያ



የኢትዮጵያ ከተማ ሚኒስቴር - የመሸሪያ የሚያስፈልግ ይችላል

የመሸሪያ የሚያስፈልግ ይችላል®

# Codoliprane

PARACETAMOL ET CODEINE



b

82, Allée des  
S.Bachou

## Composition :

Paracétamol .....	0,400 g
Caféine .....	0,025 g
Prométhazine chlorhydrate .....	0,005 g
Excipients q.s.p .....	1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose	
Boîte de 20 comprimés	
AMM N° : 329 DMP/21/NCF	

DOLAMINE®

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 15,30 DH



6 118000 190394

PPV : 22DH20  
PER : 01 / 22  
LOT : J099