

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 064061

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10914 ..... Société : ..... 46725

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : HAFID MAKIMA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 62 68 95 78 ..... 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 ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-064061

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 : .....

**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 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

# 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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H		Montant des soins
	25533412	21433552	Date du devis
	D 00000000	00000000	
	G 00000000	00000000	
35533411	11433553	Fin de	
(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



W18-399105

DATE DE DEPOT  
05 NOV 2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle 10914	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	HAROI HAKIPIA	
Fonction	Agel Support Phones 06 62 68 26 78	
Mail	H.HAROI@royalairmaroc.com	

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date	Date 1ère visite
Nature de la maladie		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

<b>PHARMACIE</b>	Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture	26/10/2020	
32,50		

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>	Date			
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



PHARMACIE BENECHID  
Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE  
93 Bd Mohamed V Beni Chid  
Tél: 05 22 32 40 68

FACTURE

N° 10/21

A Beni Chid le 26/10/ 20 20

CM = HARO' Haba

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
①	Codlone (6c)	21,20	21,20
①	Nolanis	15,3	15,3
			36,50

PHARMACIE BENECHID  
Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE  
93 Bd Mohamed V Beni Chid  
Tél: 05 22 32 40 68

# DOLAMINE®

Paracétamol - Caféine - Prométhazine HCl

## FORME ET PRESENTATION :

Comprimés sécables : - Boîte de 20 comprimés sous plaquettes thermoformées.

## COMPOSITION :

Paracétamol .....	0,400 g
Caféine .....	0,025 g
Prométhazine Chlorhydrate .....	0,005 g
Excipient q.s.p. ....	1 comprimé.
Excipients � effet notoire : Lactose.	

## PROPRIETES :

DOLAMINE® est une association de 3 principes actifs :

- Paracétamol : antalgique périphérique, antipyrétique   mécanisme d'action central et p riph ric
  - Prométhazine : antihistaminique H1 à effet sédatif, anticholinergique et adrénolytique p riph ric
  - Caféine : Stimulant central.
- Antalgique - antipyrétique, DOLAMINE® permet de combattre les affections douloureuses et les maux de tête. DOLAMINE® n'entraîne pas de trouble de l'hémostasie et peut être administré aux malades soumis à un traitement anticoagulant. Lorsque, pour des raisons de tolérance, l'ingestion de l'acide acétylsalicylique (Aspirine) est déconseillée, DOLAMINE® peut être avantageusement remplacée par DOLAMINE®.

## INDICATIONS :

DOLAMINE® est indiqué : dans le traitement symptomatique des douleurs faibles à modérées et des fièvres d'origines diverses, en particulier :

- Migraines, céphalées, maux de tête, névralgies, douleurs dentaires et de la sphère ORL.
- Douleurs musculaires, courbatures.
- Douleurs rhumatismales, sciatique, lumbago, torticolis.
- Etats grippaux.
- Rhumes.
- Refroidissements.

## CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité ou antécédents d'allergie à l'un des composants.
- Enfant de moins de 7 ans.
- Insuffisance hépatocellulaire.

## POSOLOGIE :

Enfant :   partir de 7 ans  
1/2 à 1 comprimé 2 à 3 fois par jour, selon l'âge.

Adultes : 1 à 2 comprimés 3 fois par jour sans dépasser 8 comprimés par jour.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

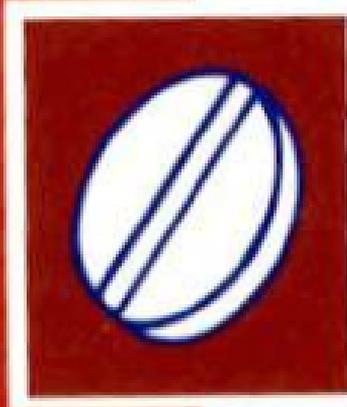
- Enfant de moins de 7 ans



anticoagulant.  
administration peut

# Coddoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



**b** bottu s.a  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

16 COMPRIMES  
SECABLES

PPV 22DH20  
PER 03/22  
LOT J791

22,20