

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.

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



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 :

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										
				Coefficient des travaux										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Date du devis
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Fin de											
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

05/11/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 10914

Nom & Prénom HAFSI HAKIMA

Fonction : Agent Support Phones: 06 62 68 26 78

Mail : HAFSI@royalairmaroc.com

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date 26/10/2020

Montant de la facture

38,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

MUPRAS

05 NOV. 2020

ACCUEIL

PHARMACIE BERNECHID
 Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE
 93 Bd Mohamed V Bensaid
 Tél: 05 22 32 40 68

FACTURE

N° 1061

A Benachid le 26/10/ 20 20

CM = HARO! Hache

Doit

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

PHARMACIE BERNECHID
 Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE
 93 Bd Mohamed V Bensaid
 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.	

PROPRIÉTES :

DOLAMINE   est une association de 3 principes actifs :

- Paracétamol : antalgique périphérique, antipyrétique    mécanisme d'action central et périphérique.
 - Prométhazine : antihistaminique H1 à effet sédatif, anticholinergique et adrénolytique périphérique.
 - 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'h  mostas   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 déconseillé, 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.
-   tats 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

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 22DH20
PER 03/22
LOT J791

22,20