

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.

Radiologie 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

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° W21-786366

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIMI ABDELLAH

Date de naissance : 01 - 01 - 1946

Adresse : n° 34, Rue Anoual Hay Farah FES

Tél. : 0862 56 36 42

Total des frais engagés : 840,60

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 : FES

Le : 17 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-786366

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 : 3166

Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI ABDELLAH

Total des frais engagés : 840,60 Dhs

Date de dépôt :

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
18/04/23			800,00	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/08/23 54160

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

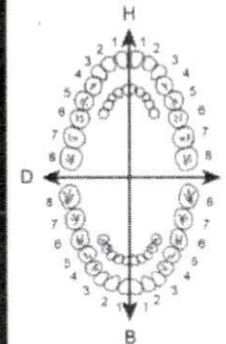
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

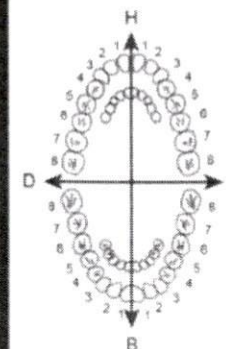
H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

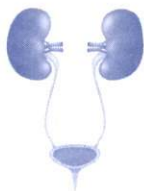
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mohammed FADL TAZI

Chirurgien Urologue
Professeur de l'enseignement
Supérieur

CHU Hassan II - Fès



البروفيسور محمد فضل التازي

أستاذ التعليم العالي في جراحة
الكلي والمساالك البولية
المركز الإستشفائي الجامعي
الحسن الثاني - فاس

Fès Le : 17/08/22 : فاس في

M^r IBRAHIM,
ALoulatif

147,6 + 12
① Flotral (SV)

28 j. 1/2

② Tadelis 57

108 j. 1/2
③ Neoprote (SV) 16

1/2 2 j Pl + 10 j

~~Flotral pour~~

Tél : 06 61 23 72 11

541,6 E-mail : tazifad@yahoo.fr

PHARMACIE FARAH
Dr. YAKHOUI RACHID
13 LOI AL ARA
AVENUE ATIR FES
06 61 23 72 11
28 j. 1/2
108 j. 1/2
147,6 + 12
17/08/22
Fès

Prof. Dr. Mohammed FADL
Chirurgien Urologue
CHU Hassan II - Fès

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 62 DMP/1

للابروفورتان
LAPROFORTAN

NEOFORTAN®

10 COMPRIMÉS
EFFRÉSCENTS 160 mg



6 118000 031697

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21. زنقة الأودية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

نيوفورتان® 160 ملغم

10 أقراص
ناترة

فلوروچلوسينول

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 12/2025
LOT 2D023 9

ممثل تجار الفم
عن طريق الفم
30 قرصا في
10 مل



الفيزولين
فلوترا



GTIN: 16118001300157
Lot No: PTD1611A
EXP.: 04/2024
S.N.: AE031746719642

Composition par comprimé:
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV:147 DH 60



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مراه الأطفال.

02/2016-C

5179742

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



10 mg

30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale

FLOTRAL®
Alfuzosine



30 Comprimés à
Libération Prolongée
10 mg

مثلاً
30 قرصاً في طريق الفم
عن طريق الفم

10 ملجم



فلوترال
الفينزولين



GTIN: 16118001300157
Lot No: PTD1611A
EXP.: 04/2024
S.N.: AE031746719642

Composition par comprimé:
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV:147 DH 60



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيداً عن متناول و مراهي الأطفال.

02/2016-C

5179742



30 Comprimés à
Libération Prolongée

10 mg

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



FLOTRAL®
Alfuzosine

10 mg

30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale

مثلاً
30 قرصاً في طريق الفم
عن طريق الفم

10 ملجم



فلوترال
الفينزولين



GTIN: 16118001300157
Lot No: PTD1611A
EXP.: 04/2024
S.N.: AE031746719642

Composition par comprimé:
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg
Excipient à effet notoire: Lactose
Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV:147 DH 60



بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيداً عن متناول و مراهي الأطفال.

02/2016-C

5179742



30 Comprimés à
Libération Prolongée

10 mg

FLOTRAL®
Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



FLOTRAL®
Alfuzosine

10 mg

30 Comprimés à
Libération Prolongée
Voie orale