

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.

Éducation :

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0031194

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1324 Société : 40464

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JANATI LATIFA

Date de naissance : 23/12/1951

Adresse : 9 Rue ELISS ALAKBAR APT 6 TOUR HASSAN
RABAT

Tél : 06 61 133636 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. FASSI FEHRI Majid
Rhumatologue - Podologue
17, Rue My Ahmed Loukili - Rabat
Tél : 0537 76 05 98
N°PE : 101064129

Date de consultation : 19/06/2020

Nom et prénom du malade : JANATI LATIFA Age : 69 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme

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 : Rabat Le : 19/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-031194

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 : 1324

Nom de l'adhérent(e) : JANATI LATIFA

Total des frais engagés : 1161,62

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
19/06/2021		1	0	Dr. FASSI FEUILLI Maïmène Rhumatologue - Podologue 17, Rue M. Ahmed Loukil - Rabat Tél: 0537 76 05 98 INPE: 101064129

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/06/20

1161,60

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	

VOLET ADHERENT

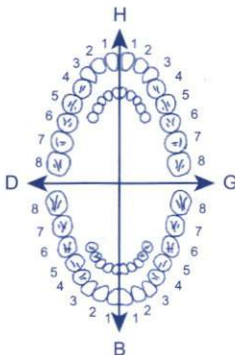
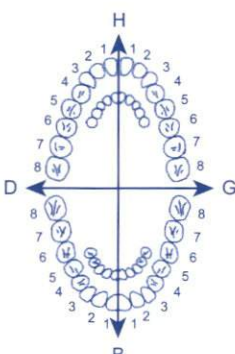
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fassi Fehri Majida

Diplômée de la faculté de médecine de PARIS

RHUMATOLOGUE

MEDECIN PODOLOGUE

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE

AUPRES DES TRIBUNAUX

الدكتورة الفاسي الفهري مجيدة

خريجة كلية الطب بباريس

مختصة في أمراض الروماتيزم

ومختصة في أمراض الأرجل

خبيرة محلقة لدى المحاكم

Rabat, le : 19 JUIN 2020 : الرباط، في :

Bennani Jawadi
datfs

19360

X₆ Fosavance 5600

1161,60

1cf/seu. en respect
des précautions d'usage

6 mois

صيدلية بن عمر
PHARMACIE BEN OMAR
72 Bis, Av. du Chellah, Hassan-Rabat
Tél.: 05 37 76 99 30
INPE : 102071263

Dr. FASSI FEHRI Majida
Rhumatologue - Podologue
17, Rue My Ahmed Loukili - Rabat
Tél: 0537 76 05 98
INPE:101064129

17, Rue Moulay Ahmed Loukili

17، زنقة مولاي أحمد الوكيل

الهاتف : 0537 76 05 98 & 0537 76 75 87



70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Prenez un comprimé une fois par semaine.

Cochez le jour de la semaine le mieux adapté à votre programme :

LU	MA	ME	JE	VE	SA	DI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



70058199/00-1
AMM: 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydraté) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).

À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Prenez un comprimé une fois par semaine.

Cochez le jour de la semaine le mieux adapté à votre programme :

LU	MA	ME	JE	VE	SA	DI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



70058199/00-1
AMM: 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydraté) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).

À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Prenez un comprimé une fois par semaine.

Cochez le jour de la semaine le mieux adapté à votre programme :

LU	MA	ME	JE	VE	SA	DI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydraté) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).

À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Prenez un comprimé une fois par semaine.

Cochez le jour de la semaine le mieux adapté à votre programme :

LU	MA	ME	JE	VE	SA	DI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydraté) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).

À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Prenez un comprimé une fois par semaine.

Cochez le jour de la semaine le mieux adapté à votre programme :

LU	MA	ME	JE	VE	SA	DI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



70058199/00-1
AMM: 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydraté) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).

À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Prenez un comprimé une fois par semaine.

Cochez le jour de la semaine le mieux adapté à votre programme :

LU	MA	ME	JE	VE	SA	DI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



70058199/00-1
AMM 294/17 DMP/21/NRQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydraté) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).

À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE