

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-448858

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **241.87**

Matricule : **1670** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **GHANNAM Med HASSAN**

Date de naissance : **16, rue Constanine**

Adresse : **ABAT - HASSAN**

Tél. : **0663041902** Total des frais engagés : **113,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **/**

Nom et prénom du malade : **ABAT HASSAN** Age : **30**

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

Nature de la maladie : **MUPRAS**

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 : **ABAT HASSAN** Le **09/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Sawmaat Hassan</p> <p>Taleb BOUZIRI</p> <p>19, rue de l'Unité Africaine - Rabat</p> <p>Tel.: 05 37 12 02 50</p> <p>INPE : 102070414</p>	02/03/2020	113,00

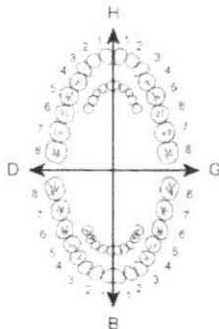
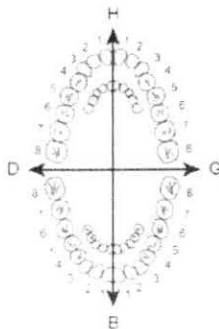
[illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</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			25533412	21433552		0000000	0000000		D		G	0000000	0000000		35533411	11433553		B		
	H																								
	25533412	21433552																							
	0000000	0000000																							
	D		G																						
	0000000	0000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

GHANNAM HASSAN

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

Le: 07/03/2020

FACTURE N°: 5621

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	VOLTARENE EMULGEL 100GR	60,00	7	60,00
1	VOLTARENE EMULGEL 50GR	53,00	7	53,00

TVA 7%: 7.39

Total : 113,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT TREIZE DIRHAMS

صيدلية صومعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Taieb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50



# Voltaène

Diclofénac Diéthylamine

*Emulgel Topique*

Gel pour application cutanée

# Voltaène

Diclofénac Diéthylamine

*Emulgel Topique*

Anti - inflammatoire

Antalgique

Diclofénac Diéthylamine,  
Equivalent à 1 g de diclofénac sodique  
Parfum

Excip. q.s.p 100 g

Excipient à effet notoire : Propylène glycol.

**Titulaire de l'AMM au Maroc :**

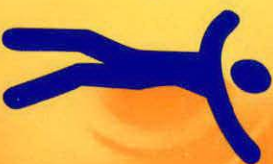
GlaxoSmithKline Maroc -Ain Aouda-Région de Rabat

**Informations médicales :**

GlaxoSmithKline Maroc

42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali,

Casablanca – Maroc



Tube de 50 g

**gsk**

LOT : M0451  
EXP : JUN 2021  
PPV : 53,00 DH



# Voltaène

Diclofénac Diéthylamine

*Emulgel Topique*

Gel pour application cutanée

# Voltaène

Diclofénac Diéthylamine

*Emulgel Topique*

Anti - inflammatoire

Antalgique

Diclofénac Diéthylamine,  
Equivalent à 1 g de diclofénac sodique  
Parfum

Excip. q.s.p 100 g

Excipient à effet notoire : Propylène glycol.

**Titulaire de l'AMM au Maroc :**

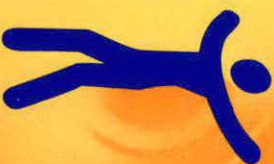
GlaxoSmithKline Maroc -Ain Aouda-Région de Rabat

**Informations médicales :**

GlaxoSmithKline Maroc

42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali,

Casablanca – Maroc



Tube de 50 g

**gsk**

LOT : M0451  
EXP : JUN 2021  
PPV : 53,00 DH