

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-448872

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1670 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GHANNAM Med HASSAN  
 Date de naissance : 25/05/1947  
 Adresse : 16, rue Constantine RABAT-HASSAN  
 Tél : 063041902 Total des frais engagés : 9870 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 : RABAT Le : 09/03/2020

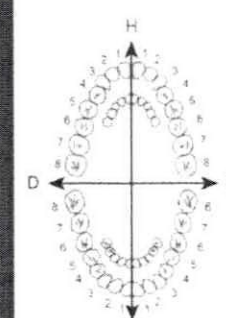
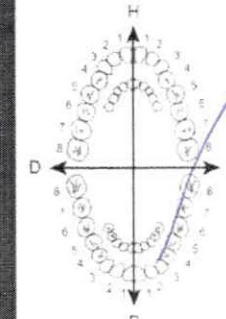
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/02/2020	99,20

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	

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 de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433553																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

GHANNAM HASSAN

Le : 07/03/2020

FACTURE N°:

5624

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	CETAMYL 500MG COMPS EFFERV.16	15,30	7	30,60
3	RINOMICINE SACHETS.10	22,70	7	68,10

TVA 7%:

6.46

Total :

98,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE-VINGT DIX HUIT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

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

حالات نزله برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

®

رينومييسين

مسحوق لتحضير الشراب

10 أكياس

PHARMA5 LOT:1907  
UT.AV : 03-22  
PPV :22DH70

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

®

رينومييسين

مسحوق لتحضير الشراب

10 أكياس

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

PHARMA5  
LOT : 1907  
UT.AV : 03-22  
PPV : 22DH70

Etats grippaux - Fièvre  
Fièvre - Ecoulement nasal  
Courbatures - Refroidissement

# RINOMICINE®

**10** sachets

Poudre pour solution orale

## Composition :

Chaque sachet contient :

- Chlorphénamine maléate.....4 mg
- Phénylèphrine chlorhydrate.....6 mg
- Salicylamide.....200 mg
- Paracétamol.....400 mg
- Caféine.....30 mg
- Vitamine C.....300 mg
- Excipients q.s.p.....10 g

Excipients à effet notoire : saccharose (8 g par sachet), jaune orangé S.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

يحب :

ليس يحتوي على :

- 4 مغ رفينامين ماليتات.....
- 6 مغ فرين كلور هيدرات.....
- 200 مغ سيلاميد.....
- 400 مغ اسيتامول.....
- 30 مغ ين.....
- 300 مغ صس أسكوربيك.....
- 10 مغ غ كمية كافية ل.....

سواغ ذات تأثير معلوم : السكرورز (8 غ ل كيس)، ملون أصفر برتقالي S.

لهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 مئوية و بعيدا عن الرطوبة.

ك هذا الدواء في تناول الأطفال.

Rinomicine® boîte de 10 sachets



6 118000 090762

Composition :

AMM N° : 108/99 DMP/21

Paracétamol ..... 500 mg.  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : benzoate de sodium, mannitol, sodium.

Boîte de 16 comprimés effervescents.

Dr Maria MAFTOUH : Pharmacien Responsable

مختبرات كاليينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc



Lot: A2119  
Per: 09/15

أوجاع الأسنان  
الروماتيزم  
آلام الأعصاب  
الشقيقة  
الزكام



آلام الدورة الشهرية  
الأوجاع  
ألم القطن  
نزلة برد  
الحمى

عن طريق الفم  
16 قرصا فوارا

كاليينكا

Composition :

AMM N° : 108/99 DMP/21

Paracétamol ..... 500 mg.  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : benzoate de sodium, mannitol, sodium.

Boîte de 16 comprimés effervescents.

Dr Maria MAFTOUH : Pharmacien Responsable

مختبرات كاليينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc



Lot: A2119  
Per: 09/15

أوجاع الأسنان  
الروماتيزم  
آلام الأعصاب  
الشقيقة  
الزكام



آلام الدورة الشهرية  
الأوجاع  
ألم القطن  
نزلة برد  
الحُمى

عن طريق الفم  
16 قرصا فوارا

كاليينكا