

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.

Prothèse :

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- 046600

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1670

Société : RAM 60866

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : retraite

Nom & Prénom : CHAHOU Mohamed HASSAN

Date de naissance : 25 MA 1947

Adresse : 16, rue Constantine RABAT

Tél. : 0663041900

Total des frais engagés : 319,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ESSABBAH Rih'z GUY GUY

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 : 27 / 02 / 2021

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 Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/12/2021

379.60

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	

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'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>	

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

MR GHENAM MOHAMED HASSAN

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

Le : 17/02/2021

FACTURE N°: 5884

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	PREZAR 50MG/28CP	84,80	7	84,80
2	ROZAT 10MG / 28 CP	147,40	7	294,80

TVA 7%: 24.83

Total : 379,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIX NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

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

☒ valable 3 mois

Le 01/02/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : ESSABAH RHIZLANE épouse Channam

Présente une dyslipidémie, artère, HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de : 2 ALV

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522 22 78 14 ou 0522 22 78 15 / fax : 0522 22 78 18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

- Dimazol
- Levostyroxol
- Rozartan
- Prezar 50
- Arlocard

DR. LHASANI Hamdoun
Spécialiste en Endocrinologie
et Nutrition
Généraliste du Couple
101 B. Abdelilah - RABAT
15 37 70 79 78
Tél. 15 37 70 79 78

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
يحفظ بعيداً عن مرئى و متناول الأطفال.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
يرجى مراجعة النشرة بتعمق قبل أي إستعمال.
A conserver à une température inférieure à 30°C.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احرصوا على الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
جدول A (Liste I) (لا تمتد إلى)

بريزار 50 ملغ

لوزارتين

30 قرصا مغلفا
قابلة للكسر

عن طريق الفم

بوتو تي س.أ

82, Avenue des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca

من الصيدلي - صيدلي مسؤول

b

Composition en substance active :

Losartan potassique 50 mg.

Excipients : q.s.p 1 comprimé pelliculé sécable.

Excipient à effet notable : lactose.

AMM N° 510/15 DMP/21/NNP

PREZAR® 50mg

Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6118000041627

PREZAR®

Losartan 50mg

30 Comprimés
pelliculés
sécables

Voie orale

bottu s.a.

82, Avenue des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

b

84,80
PPV 6401100
PER 127213
LCT 13397



COMPOSITION :

Rosuvastatine..... 10 mg[®]
Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire : lactose

AMM N° 156/16 DMP/21/NNP

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste I)
جدول (أ) (لائحة أ)

ROZAT[®]

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale

b
bottu/SA
82, Allée des Caurannas - Ain Sebt - Castellanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 147DH40
PER : 09/22
LOT : J2386-2

COMPOSITION :

Rosuvastatine..... 10 mg[®]
Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé
Excipient à effet notoire : lactose

AMM N° 156/16 DMP/21/NNP

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste I)
جدول (أ) (لائحة أ)

ROZAT[®]

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale

b
bottu/SA
82, Allée des Caurannas - Ain Sebt - Castellanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 147DH40
PER : 09/22
LOT : J2386-2