

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

- Reclamation : 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° W21-672737

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1670 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraite
Nom & Prénom : GHANNAM MES HASSAN
Date de naissance : 25/05/1947
Adresse : 16, rue Constantine HASSAN
RABAT
Tél. : 0663 04 1900 Total des frais engagés : 157,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age : 74 ans
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 : 14/01/22 RABAT Le : 14/01/22
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-672737

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 : 1670
Nom de l'adhérent(e) : GHANNAM
Total des frais engagés : 157,60
Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sawmaat Hassan Taleb BOUZIRI Place de l'Unité Africaine Rabat Tel.: 05 37 72 02 50	14/11/22	157,60

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

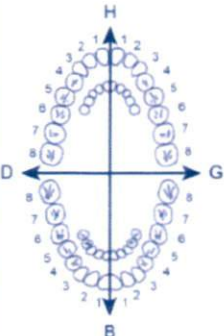
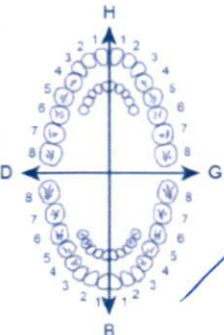
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

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"/>																					
	<table> <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>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <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

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MR GHANNAM MOHAMED HASSAN

Le : 14/01/2022

FACTURE N°: 6121

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	ALGANTIL CPS EFFERV.20	26,80	7	53,60
2	DOLIPRANE 1G CP SIMPLE	14,00	7	28,00
2	RINOMICINE SACHETS.10	22,70	7	45,40
2	VITA C 1000 COMPS SS SUCRE.10	15,30	7	30,60

TVA 7%: 10.31

Total : 157,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT CINQUANTE SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

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

الضائيل

إبيروفين

الألام
الصداع

200 ملغ
10 أقراص فمائية



ALGANTIL® 200 mg

PPV 14DH90
EXP 03/2023
LOT 9DC16 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Maux de tête - Douleurs accompagnant les syndromes ORL et stomatologiques -
Courbatures - États grippaux - Douleurs dentaires - Affections fébriles.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Réservé à l'adulte (à partir de 12 ans)

Toutes les 6 heures sans dépasser 1200 mg/24 heures. Les comprimés effervescent
doivent être dissous dans un verre d'eau, et pris de préférence au cours des repas.

CONTRE-INDICATIONS, PRECAUTIONS D'EMPLOI, EFFETS INDESIRABLES :

Voir notice

Tube à conserver bien fermé à l'abri
de la chaleur et de l'humidité.

يحفظ الأنبوب مغلقاً بعيداً عن الحرارة و الرطوبة

DOULEURS
MAUX DE TETE

ALGANTIL®
Ibuprofène



10 comprimés effervescent

200 mg

FORMULE :

Ibuprofène 200 mg

Excipient qs.. 1 comprimé effervescent

Cette boîte contient 2,000 g d'Ibuprofène.

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

ALGANTIL®

10 comprimés 200 mg



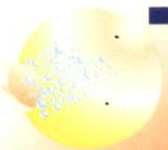
AMM N° 1187 DMP/21

مخابر المستحضرات الصيدلانية لسمال إفريقيا - 21. زقاق الأمازيغية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21. RUE DES Coudan - CASABLANCA - MAROC

الغانتيل

إيبيروفين

200 ملغ
10 أقراص فـسائـرة



الألام
الصداع

ALGANTIL® 200 mg

PPV 14DH90
EXP 03/2023
LOT 9DC16 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

- Maux de tête - Douleurs accompagnant les syndromes ORL et stomatologiques -
Courbatures - États grippaux - Douleurs dentaires - Affections fébriles.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Réservé à l'adulte (à partir de 12 ans)

Toutes les 6 heures sans dépasser 1200 mg/24 heures. Les comprimés effervescent
doivent être dissous dans un verre d'eau, et pris de préférence au cours des repas.

CONTRE-INDICATIONS, PRECAUTIONS D'EMPLOI, EFFETS INDESIRABLES :

Voir notice

Tube à conserver bien fermé à l'abri
de la chaleur et de l'humidité.

يحفظ الأنبوب مغلقاً بعيداً عن الحرارة و الرطوبة

DOULEURS

MAUX DE TÊTE



10 comprimés effervescent

ALGANTIL®

Ibuprofène

200 mg



FORMULE :

Ibuprofène 200 mg
Excipient qs.. 1 comprimé effervescent

Cette boîte contient 2,000 g d'Ibuprofène.

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

ALGANTIL®

10 comprimés 200 mg



6 118000 032328



AMM N° 1187 DMP/21

مخابر المستحضرات الصيدلانية لسمعال إفريقيا - 21. Rue DES Coudan - CASABLANCA - MAROC
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21. RUE DES COUDAN - CASABLANCA - MAROC

Doliprane®

PARACÉTAMOL 1000mg

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2751

b bottou®
82, Allée des Capucins
93300 La Sablonnière - Caudanville
S. Barchouch - Pharmacien Responsable



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE, les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

دولبران 1000
پاراسیتامول



أقراص

b
بوتی
82، آلے الذکابونیس - من السبع - قار الدیة
من البیوتی - صیانی مسؤول

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®

PARACÉTAMOL 1000mg

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2751

b bottu®
82, Allée des Concordeuses
de Sables - Caudouze
S. Barchouch - Pharmacien Responsable



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE, les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

دولبران 1000
پاراسیتامول



أقراص

b
بوتی
82، مع التوافقین
من السبع - قرار الیحد
من البیاضی - صیانی مسؤول

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie".** Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. **Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

فيتا 1000 مس 1000

فيتامين س

بدون سكر

10 أقراص فمائية



للاروفان

FORMULE:

Acide ascorbique (Vitamin C)..... 1g
 Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent
 1g قرص واحد

تركيبه الدواء،
 حمض الأسكوربيك (فيتامين س)
 السواغ كمية كافية ل

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:

Sodium - Aspartam - Jaune orange S
 Voir notice pour plus d'informations
 الصوامع المعروفة بتأثيرها،
 الصوديوم - الأسبارتام - أصفر برتقالي S
 أنظر النشرة للمزيد من المعلومات

Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.
 تحتوي هذه العلبة على 10 غ من حمض الأسكوربيك

Laprophan
 مختبرات المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، منطقة الأورانية - الدار البيضاء - المغرب
 LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ORIENT DU NORD - 21, RUE DES OUDAMA - CASABLANCA - MAROC

Vita C 1000®

VITAMINE C

sans sucre

10 comprimés effervescents

Laprophan



مخصص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.
 التحذيرات - دواي الاستعمال - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال،
 الجرعة

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS,
 POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
 MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ في الثلاجة مغلقة بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
 Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
 de l'humidité.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراي الأطفال.
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C 1000®
 10 comprimés
 effervescents
 sans
 sucre



AMM N° 29 DMP/21

Vita C 1000

PPV 15VH30
 EXP 08/2024
 LOT 18055 6

فيتا 1000 مس 1000

فيتامين س

بدون سكر

10 أقراص فمسانية



للاروفان

FORMULE:

Acide ascorbique (Vitamin C)..... 1g
 Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent
 1g قرص واحد

تركيبة الدواء:
 حمض الأسكوربيك (فيتامين س)
 السواغ كمية كافية ل

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:

Sodium - Aspartam - Jaune orange S
 Voir notice pour plus d'informations
 الصوامع المعروفة بتأثيرها،
 الصوديوم - الأسبارتام - أصفر برتقالي S
 أنظر النشرة للمزيد من المعلومات

Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.
 تحتوي هذه العلبة على 10 غ من حمض الأسكوربيك

Laprophan
 مختبرات المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، منطقة الأردنية - الدار البيضاء - المغرب
 LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ORIENT DU NORD - 21, RUE DES OUDAMA - CASABLANCA - MAROC

Vita C 1000®

VITAMINE C

sans sucre

10 comprimés effervescents

Laprophan



مخصص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.
 التحذيرات: دواء الاستعمال - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال،
 انظر النشرة

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS,
 POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
 MODE D'EMPLOI: Voir notice

يحفظ في الثلاجة مغطى بمغزل عن الحرارة والرطوبة.
 Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
 de l'humidité.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراي الأطفال.
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C 1000®
 10 comprimés
 sans sucre



AMM N° 29 DMP/21

Vita C 1000

PPV 15UH30
 EXP 08/2024
 LOT 18055 6

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

زيتو ميلين[®]

04,70 22,70

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

زيتو ميلين[®]

04,70 22,70

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول