

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.

M22- 0035304

244559

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2078 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HESSANE Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 063 797 3853

Total des frais engagés : 692,84 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MD
12 JAN. 2023

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent[e] :

BELEVE 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
 Pharmacie Al-Hayat Mosquée Madrasah VI Hayat Tel: 05 37 44 54 05 LE 06 2070313	10-01-2023	692,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

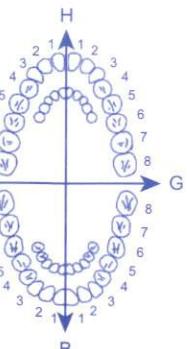
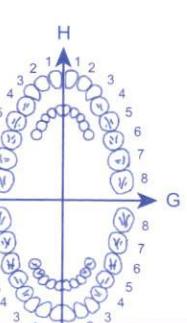
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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	
				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 35533411 11433553 G B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



07 2023

100499

Exp / ٢٠٢٣/٧/٠٦:

Lot n° / سار:

Twynsta® 80 mg/5 mg ٨٠/٥ مجم

Chaque comprimé contient :

Telmisartan 80 mg
 Amlodipine (Sous forme de bésilates d'amlopipine) 5 mg
 Excipients : qsp 1 comprimé
 Excipient à effet notoire :
 Sorbitol (E420).

Lire la notice pour plus d'informations.

Lire la notice avant utilisation.

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

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière et de l'humidité.

يحتوي كل قرص على :

تلمسارتان 80 ملخ 80 mg
 املوديبين (على شكل بيزيلات الاملوديبين) 5 ملخ 5 mg
 سواغات بكمية كافية ل قرص واحد قرص واحد
 سواع ذو تأثير ملحوظ سواع ذو تأثير ملحوظ
 سوربيتول (E420) سوربيتول (E420)

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات
 اقرأ النشرة قبل الاستعمال
 يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال
 يحفظ داخل العلبة الخارجية الأصلية بعيداً عن الضوء والرطوبة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب التقيد بالمقادير الموصوفة

6 118001 040759

TWYNSTA® 80 mg/5 mg
 (Telmisartan/amlodipine)
 28 comprimés

310505-01

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00



07 2023

100499

Exp / ٢٠٢٣/٧/٠٦:

Lot n° / سار:

Twynsta® 80 mg/5 mg ٨٠/٥ مجم

Chaque comprimé contient :

Telmisartan 80 mg
 Amlodipine (Sous forme de bésilates d'amlopipine) 5 mg
 Excipients : qsp 1 comprimé
 Excipient à effet notoire :
 Sorbitol (E420).

Lire la notice pour plus d'informations.

Lire la notice avant utilisation.

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

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière et de l'humidité.

يحتوي كل قرص على :

تلمسارتان 80 ملخ 80 mg
 املوديبين (على شكل بيزيلات الاملوديبين) 5 ملخ 5 mg
 سواغات بكمية كافية ل قرص واحد قرص واحد
 سواع ذو تأثير ملحوظ سواع ذو تأثير ملحوظ
 سوربيتول (E420) سوربيتول (E420)

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات
 اقرأ النشرة قبل الاستعمال
 يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال
 يحفظ داخل العلبة الخارجية الأصلية بعيداً عن الضوء والرطوبة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب التقيد بالمقادير الموصوفة

6 118001 040759

TWYNSTA® 80 mg/5 mg
 (Telmisartan/amlodipine)
 28 comprimés

310505-01

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00

TAHOR® 10 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

0 2 2 5

P.P.V

7 9 0 0

LOT N° :

F W 7 2 8 5

09366082/4

TAHOR® 10 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

0 2 2 5

P.P.V

7 9 0 0

LOT N° :

F W 7 2 8 5

09366082/4