

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 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

- 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° W21-766329

☒ 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 : 25/05/1974

Adresse : 16, rue Constantine HASSAN

Tél : 0663041900

Total des frais engagés : 740,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/19

Nom et prénom du malade : ESSABBAH Rhiyane

Age : 6 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Goutte + TA + Lipides

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 : 16/07/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-766329

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 : 740,40

Date de dépôt :

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
	G	9	300	INP : 1110001094738

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	16/5/23

Montant de la Facture : 440,40

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 : 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 : 1110001094738														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة أمراض الغدد و السكري

CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE

Docteur Hamdoun LHASSANI

Diplômé de l'Université de Lille (France)

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie - Nutrition - Obésité - Cholestérol

Spécialiste en Stérilité du Couple

Echographie

Ex. Médecin aux C.H.U

de Lille et d'Amiens (France)

الدكتور حمدون الحسني

خريج جامعة ليل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الغدد و السكري

و الكوليستيرول و السمنة

اختصاصي في عقم الزوجين

أكوغرافيا

طبيب سابق بالمستشفيات الجامعية

بليل و أميان بفرنسا

Rendez-vous

Rabat, Le في الرباط

9^e ESSABAH Rhizlane

50,10

Dimazol

23,50

Forlax

87,00

Relaxium

147,10

Rozat 10

82,70

Puzar 50

1/2 cp/j

1 sa 3/j

1 cp/j

1 cp/12h

1 cp/j

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat

440,40

Dr Hamdoun LHASSANI
Endocrinologie - Diabétologie
135, Av. Allal Ben Abdellah
Rabat
Tél : 05 37 70 79 78
hamdounhassani@gmail.com

Ingrédients : oxyde magnésium marin, vitamine B6, dioxyde de silicium, stéarate de magnésium, maltodextrine... qsp.
1 gélule.

Complément alimentaire n'est pas médicament.
Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Analyse moyenne	Par 1 gélule
Magnesium	300 mg
VITAMINE B 6	2 mg

*Apport journalier Recommandé

Relaxium[®]

B6

300 mg



1 gélule par jour

**magnésium
vitamine B₆**

COMPLEXE RELAXANT



146-147 Zi, Ti Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Propriétés : Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire.

Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage. La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

Conseils d'utilisation : 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.



Autorisation ministère de la santé n°: DA20181805322DMP/20UCAV1

Relaxium[®]

B6

300 mg



1 gélule par jour

**magnésium
vitamine B₆**

COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220806
DLUO: 11/2025
87,00DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES

 **IPSEN**


Médicament non soumis à prescription
médicale.
Not subject to medical prescription.

Médicament autorisé n° /
Authorised medicinal product N°:
34009 338 99783

forlax[®] 10g

Macrogol 4000

maphar


Boulevard Alchimie n°6
Custar Industrie S.A. Bernouise, Celles-les-Evran

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. 73,50 Dh



6118001181193

5202/07 : dx 3
19191W : LOT 1

SYMPTOMATIC TREATMENT OF CONSTIPATION

FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT



Child aged 8 years and over
Adult



20 sachets

Titulaire/Exploitant
Marketing authorisation holder /
Distributor

IPSEN Consumer HealthCare
65, quai Georges Gorse
92100 Boulogne-Billancourt



3400933899783

PPV: 238DH00
PER: 11/24
LOT: L3805-1

ROZAT®

Rosuvastatine

20 mg

b

bottu,ra

82, Allée des Casanovas - Ain Sabala - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

28

Comprimés
pelliculés
Voie orale

MISES EN GARDE SPECIALES :

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :

A conserver à une température ≤ 25°C.

تدابیرات خاصة :

يحفظ بعيداً عن مرمى و متناول الأطفال
يرجى مراجعة النشرة تبين قبل أي استعمال

PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :

يجب حفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

ROZAT® 20 mg

Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés



20 ملغ

®

روزات

روزيزا سطاتين

28

قرصاً
مغلّفاً
عن طريق الفم

COMPOSITION :

Rosuvastatine.....20mg

Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

Excipient à effet notoire : lactose, sodium

AMM N° 157/16 DMP/21/NNP

بوتقي ت.ر.

82, rue Al-Kasabanas - عين الصبوح - الدار البيضاء

من الصيدلي - صيدلي مسؤول

b

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا الجرعات المحددة

Tableau A (liste I)

جدول (الائحة I)

DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

50 Comprimés

Voie orale

Lire attentivement la notice avant utilisation

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas +25°C. Conserver le conditionnement primaire soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.

انظر البيان الداخلي قبل الإستعمال
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25
درجة مئوية.

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (LISTE I)

ديمازول® 10 مغ

كاربيمازول

50 قرص

عن طريق الفم

Composition :

Un comprimé contient

Carbimazole 10 mg
Excipients : lactose monohydraté,
glucose, amidon de pomme de
terre, stéarate de magnésium, silice
colloïdale anhydre.

Excipients à effet notoire : lactose.

التركيب :
كاربيمازول 10 مغ
سواغات (بما في ذلك اللاكتوز)، لاكتوز،
غليكوز، نشا البطاطس، ستيارات المغنسيوم،
سيليكات غروية لاهائية.

DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

50 Comprimés

PROMOPHARM S.A.



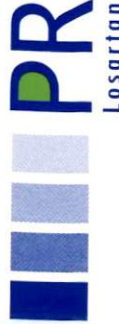
پروموفارم ش.م.
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

48,00



PPV: 82DH70
PER: 03/26
LOT: M758



PREZAR[®] 50mg
Losartan

30

Comprimés
pelliculés
sécables

Voie orale

b

boitu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Air Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

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

يُحفظ بعيداً عن مرمى و متناول الأطفال.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

يرجى مراجعة النشرة بتدقيق قبل أي استعمال.

A conserver à une température inférieure à 30° C.

يُحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرصوا الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

جدول A (Liste I) (الدرجة 1)

بـريزار 50 مغ
لو زارتن

30

قرصاً مغلفاً
قابلاً للكسر

عن طريق الفم

بوتفي فريم

82، ممر لكاربوليناس - عين السبع - الدار البيضاء

ج. البودوي - صيدلي مسؤول

b

Composition en substance active :

Losartan potassique 50 mg.

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

Excipient à effet notoire : lactose.

AMM N° 510/15 DMP/21/NINP

PREZAR[®] 50mg

Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627