

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-798475

167217



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 1670 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : retraite

Nom & Prénom : GHANAVAM MED HASSAN

Date de naissance : 25/05/47

Adresse : 16, rue Constantine ABAT

Tél. 0663041900 Total des frais engagés : 354,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MD

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ESSABRAH RHIZLAÏ

Age : 55

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 plconfidential 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, 21/06/23

Le : 21/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
<i>Sawmaat Hassan BOUZIRI</i>	PHARMACIE SAWMAAT HASSAN 10/2020 04/14	354,30

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B			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

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C.: 129969

N° CNSS: 1565475

N° ID.F.:

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MME ESSABBAHI RHIZLANE

Le : 22/06/2023

FACTURE N°: 6510

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	AVLOCARDYL 40 COMPS/50	41,80		41,80
2	PREZAR 50MG/28CP	82,70	7	165,40
1	ROZAT 10MG / 28 CP	147,10	7	147,10

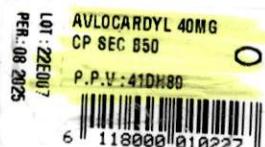
TVA 7%: 20.44

Total : 354,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

TROIS CENT CINQUANTE QUATRE DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

Pharmacie Sawmaat Hassan
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50



PREZAR® Losartan



PPV 92DH70
PER 92/26
LOT M474



b82 Allée des Casuarinas - Ain Sefra - Castablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

30 Comprimés pelliculés sécables

Voie orale



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

يحفظ بعيداً عن الماء و متناول الأطفال.

et attentivement la notice avant utilisation.

يرجى مراعاة التسخين قبل أي استعمال.

يرجى مراعاة تبضع قليل من 30 °C.

يرجى مراعاة التخزين في درجة حرارة أقل من 30 °C.

يرجى مراعاة التخزين في درجة حرارة أقل من 30 °C.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
حمراراً - حسب الموصى
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Tableau A (liste A)

جداً (2-3 ملجم) (1 جرعة)

بِرِيزَارْ 50 ملجم

®



30 قرصاً مغلفاً
قابللا للكسر

عن طريق القضم



b
بُوتِيَّ بَيْنَ
مُوَكَّدَنَسٌ - الْبَرَقَانِيَّةِ
سَقْلَانِيَّةِ - سَلَيْنِيَّةِ
جَرَانِيَّةِ

بُوتِيَّ بَيْنَ
مُوَكَّدَنَسٌ - الْبَرَقَانِيَّةِ

Composition en substance active :

Losartan potassium 50 mg.

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

Excipient à effet notable : lactose.

PREZAR®
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



AMM N° 510/15 DMP/21/NNP

6118000 041627



PPV 82 DH70
PER 02/26
LOT M474

30 Comprimés pelliculés sécables

bottu s.a.
22. Allée des Casuarinas - Ain Sébaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

9

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
يحفظ بعيداً عن مرمي و متداول الأطفال.
e attentivement la notice avant utilisation.
يرجعى مراجعة النشرة قبل أي استعمال.
nsérer à une température inférieure à 30°C.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
مُحْكَمًا عَلَى الْأَيَّامِ
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
جدول أ (النحوة) (Liste A)
Tableau A

لوزارتی
پرنس (50 ملن)

عن طرق الفهم
30 قرضاً مغفلاً
قبل الدكسر

د ٨٢ معر الكازاريدانس - عين المسبع - الدار البيضاء
من الشوشي - صيدلي مسؤول

Composition en substance active :

Composition en substance active :
Losartan potassique 50 mg.
Excipients : g.s.p.] comprimé pelliculé sécable.

ANM N° 610/15 DMR/21/NNB

ROZAT® Rosuvastatine

PPV : 147DH10
PER : 03/25
LOT : M1031-2



10 mg

28
Comprimés
pelliculés.
Voie orale

b
BOTTUJA
82, Allée des Célestins - Ain Sabha - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

MISES EN GARDE SPÉCIALES :

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

Lire attentivement la notice avant utilisation.

PRÉCAUTION PARTICULIÈRE DE CONSERVATION :

A conserver à une température ≤ 25°C.

تحذيرات خاصة :
يحظى بعدها على مروءة متراوحة بين الأطفال
ويجب منع التشرب بمعنى كل من إستعمال
احتياطات خاصة للطفلين :
بحظى درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

ROZAT® 10 mg

Rosuvastatine

28 comprimés pelliculés



6 118000 041771

10 ملغ

روزاتار
روزياتين

28
قرصاً
معافاناً
عن طريقة الفم

بوق - فرم -
بروكارنيتس - سبيسي -
من الشفاف - مصطفى - مصطفى

COMPOSITION :
Rosuvastatine 10 mg
Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé
Excipient à effet notable : lactose, sodium

AMM N° 156/16 DMP/21/NNP

Tableau A (Liste I)
حشو الجرعات المحددة
جدول | (لائحة I)

82
من المشفوف - مصطفى - مصطفى

جدول | (لائحة I)