

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
M23-009369

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 2078 Société : Messine Mohamed

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 168537

Nom & Prénom : Messine Mohamed

Date de naissance : 16/05/85

Adresse : 06 77 57 38 55

Tél. : 06 77 57 38 55 Total des frais engagés : 735,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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.

Le :/...../.....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
	12-07-2023	735,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

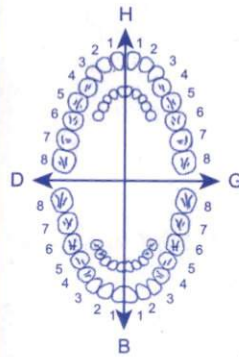
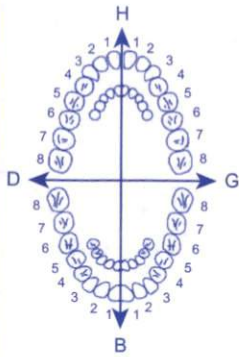
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>		CCEFFICIENT 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

Pharmacie BIRANZARAN - Bouznika

NASSIK Hassan

0520107665

205 BLOC COMMUNAL , BOUZNIKA



Facture N° FAC-96595

Date : 12/07/2023

HESSANE MOHAMMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
ASPEGIC ST 100MG B20 SACHET	2	21,80	43,60
TWYNSTA CO 80MG/5MG B28 COMP	2	267,00	534,00
TAHOR CO 10MG B28 COMP MV MM	2	79,00	158,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	735,60 DHS
Total	735,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent trente-cinq DHS et soixante centimes





4202 50

056950

Lot n° / الحصة : Exp / الصلاحية : التاريخ :

Twynsta® 80 mg/5 mg ٨٠ ملغ/٥ ملغ تيوسيتا®

Chaque comprimé contient :

Telmisartan80 mg

Amlodipine (Sous forme de bésilates d'amlodipine).....5 mg

Excipients : qsp1 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 :

تلميسارتان 80 ملغ

أملوديبين (على شكل بيزيلات الأملوديبين) 5 ملغ

سواغات بكمية كافية ل قرص واحد

سواغ ذو تأثير ملحوظ :

سوربيتول (E420)

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

يحفظ داخل العلبة الخارجية الأصلية بعيدا عن الضوء والرطوبة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب التقيد بالمقادير الموصوفة

6 118001 040759

TWYNSTA® 80 mg/5 mg

(Telmisartan/amlodipine)

28 comprimés

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00

310505-01



4202 50

056950

Lot n° / الحصة : Exp / الصلاحية : التاريخ :

توينستا® 80 mg/5 mg 80 ملغ/5 ملغ

Chaque comprimé contient :

Telmisartan80 mg

Amlodipine (Sous forme de bésilates d'amlodipine).....5 mg

Excipients : qsp1 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 :

تلميسارتان 80 ملغ

أملوديبين (على شكل بيزيلات الأملوديبين) 5 ملغ

سواغات بكمية كافية ل قرص واحد

سواغ ذو تأثير ملحوظ :

سوربيتول (E420)

اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

يحفظ داخل العلبة الخارجية الأصلية بعيدا عن الضوء والرطوبة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب التقيد بالمقادير الموصوفة

6 118001 040759

TWYNSTA® 80 mg/5 mg

(Telmisartan/amlodipine)

28 comprimés

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00

310505-01

10mg

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

EXP :

0 2 2 6

P.P.V

LOT N° :

7 9 0 0
H A 4 5 5 4

P10023946

(cloaque trihydrate).

يحتوي كل قرص
سواء ذات تغليف
أو اللوحة لثلاثة
مئات من خمسة ملغ
مضاد فطور S.A
0.500 كلغ ، ملغ

Tahor 10mg
28 comprimés pelliculés



10mg

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

EXP :

0 2 2 6

P.P.V

LOT N° :

7 9 0 0
H A 4 5 5 4

P10023946

(cloaque trihydrate).

يحتوي كل قرص
سواء ذات تغليف
أو اللوحة لثلاثة
مئات من خمسة ملغ
مضاد فطور S.A
0.500 كلغ ، ملغ

Tahor 10mg
28 comprimés pelliculés

