

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2078

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Hassine Chahane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

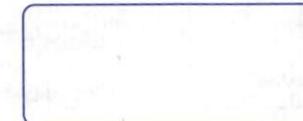
06 97 87 855

735760

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 :

2023

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 : / /

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>NASSIF Hassan Docteur en Pharmacie Bouznika 74 35 38</i>	<i>12-07-2023</i>	<i>735,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

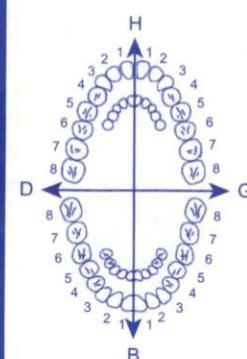
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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



صيدلية بيرانزان
Pharmacie Bir Anzarane
NASSIK Hassan
Docteur en Pharmacie
205 Bloc Communal Bouznika
Tél.: 05 37 74 35 33



106950 05 2024

Lot n° / رقم اللote : Exp / تاريخ الإنتاج :

Twynsta® 80 mg/5 mg تويستا® ٨٠ مجم/٥ مجم

Chaque comprimé contient :

Telmisartan 80 mg

Amlodipine (Sous forme de bésilates d'amlopidine)..... 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 :

80 ملغم تلميسارتان

5 ملغم أملوديبين (على شكل بيريزلات الأملوديبين)

فقرص واحد سواغات بكمية كافية ل

سواع ذو تأثير ملحوظ :

(E420) سوربيتول

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 بالمقدار الموصوفة



6 118001 040759

Twynta® 80 mg/5 mg

(Telmisartan/amlopidine)

28 comprimés

310505-01

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00



106950 05 2024

Lot n° / رقم اللote : Exp / تاريخ الإنتاج :

Twynsta® 80 mg/5 mg تويستا® ٨٠ مجم / ٥ مجم

Chaque comprimé contient :

Telmisartan 80 mg

Amlodipine (Sous forme de bésilates d'amlopidine)..... 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 :

80 ملغم تلميسارتان

5 ملغم أملوديبين (على شكل بيريزلات الأملوديبين)

قرص واحد سواغات بكمية كافية ل

سواغ ذو تأثير ملحوظ :

(E420) سوربيتول

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 بالمقدار الموصوفة



6 118001 040759

Twynta® 80 mg/5 mg

(Telmisartan/amlopidine)

28 comprimés

310505-01

BOTTU S.A

PPV: 267 DH 00

10 mg

28
COMPRIMÉS
PELICULÉS

(ouque trihydrate).

TAHOR® 10 mg
28 comprimés pelliculés

0

EXP :

0 2 2 6

P.P.V

7 9 0 0

LOT N° :

H A 4 5 5 4

P10023946

بمحضى كل فرسن
بمحضى كل دلائل
سواء للشرفة لمزيد
ذلك، يرجى من
مختبر كيم، طرابزون،
SA 0.500



10 mg

28
COMPRIMÉS
PELICULÉS

EXP:

02 26

P.P.V

79 00

LOT N° : HA 4554

4 5 5 4

P1002394

1-100233-

— 10 —

loque tritydratae)

TAHOR® 10 mg

6
118000
250340

يغدو كل أفراد
الطبقة ذات تأثير
سلبي على انتشار المرض
على الأفراد.