

# 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.

## Diagnostique 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

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



*Coumer*

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0018579

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0770 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAMRI Abdelhamid Date de naissance : 24.10.41  
Adresse : BP 6079 Val Fleuri TANGER  
Tél. : 05 39 33 45 36 Total des frais engagés : #752,10 DH + 200 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HADDAD HACHIMI Med.  
Médecine Générale  
66, Rue de Hollande N°1  
20000 Tanger


Date de consultation : 22/10/2015  
Nom et prénom du malade : RABAH ABDELHAMID Age : 65 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Enquête de l'ophtalmologue  
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.

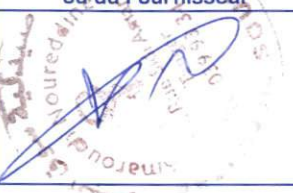
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Tanger Le : 22/10/2015  
Signature de l'adhérent(e) :

# 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
22/08/19	C1	1	752,10	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.08.19	752,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

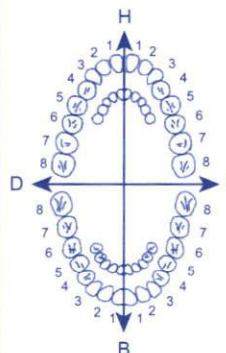
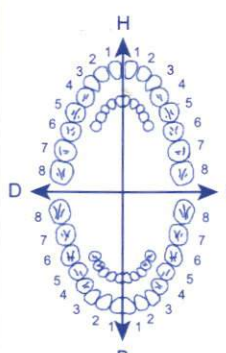
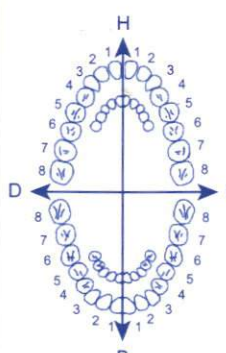
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

Dr. Mohammed HADDAD HACHIMI

MEDECINE GENERAL

63 Rue de Hollande N°1

Tel : 05 39 93 85 05

TANGER

الدكتور محمد الحداد الهاشمي

الطب العام

63 شارع هولندية رقم 1

الهاتف 0539938505

طنجة

Nom : Bennani amina

Date : 22/08/2019

10.20

1/4] Proton gélules 20 mg: un(e) le matin QSP un(e) mois

3850

صبي

2/4] Neutral sb: un(e) cac matin, midi et soir QSP cinq jour(s)

2300

لا نأكل

3/4] Spasmyl susp buv: un(e) cas matin, midi et soir  
QSP cinq jour(s)

19620 x 3

4/4] Créstor cp 5 mg: un(e) cp. le soir QSP trois mois

75210

Dr. HADDAD HACHIMI Med.  
Médecine Générale  
63, Rue de Hollande N°1  
Tanger

  
**CRESTOR**<sup>®</sup>  
rosuvastatine

**5 mg**

**30 comprimés  
pelliculés**

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

AstraZeneca  
pelliculés

« mauvais  
ore également

  
**CRESTOR**<sup>®</sup>  
rosuvastatine

**5 mg**

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

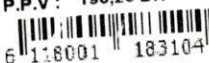
AstraZeneca  
comprimés  
pelliculés

le « mauvais  
liore également  
tre sang.  
olestérol élevé  
se sentent

  
**CRESTOR**<sup>®</sup>  
rosuvastatine

**5 mg**

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

AstraZeneca

on de « mauvais  
améliore également  
de votre sang.  
de cholestérol élevé  
nt elles se sentent  
me. Cependant, sans

ou votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

#### Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CRESTOR, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?  
Comment prendre CRESTOR, comprimé pelliculé ?  
Quels sont les effets indésirables éventuels ?  
Comment conserver CRESTOR, comprimé pelliculé ?  
Contenu de l'emballage et autres informations.

EST-CE QUE CRESTOR, comprimé pelliculé ET  
QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CRESTOR, comprimé pelliculé ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais CRESTOR :

# Spasmyl®

Trimébutine

Flacon de 250 ml  
de suspension



## بروتون®

أوميبرازول 20 ملغ

28 برشامة

عن طريق الفم

Proton® 20 mg  
28 gélules



LOT 8750  
EXP 12/21  
PPV 102DH00



Laboratoires SYNTHÉ  
20-22, Rue Zoubeir Bnot  
Roches Noires - Casi

PPV 38DH50

EXP 04/2020  
LOT 73035 5

23,00

# Neutral®

Anti-Acide

Suspension buvable 250 ml