

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïlaj Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlaj 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° W21-654510

payé
couvert

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : IBRAHIMI AbdelLatif

Date de naissance : 1.1.1946

Adresse : Rue Anoual n° 34 Hay Farah FES

Tél. : 0662 563042 Total des frais engagés : 1351,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur Agrégé En Urologie
Chirurgien Urologue
CHU Hassan II - Fes

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI AbdelLatif

Age : 78 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HBP - HSA

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 : FES Le : 16.01.2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-654510

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 : 3166

Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI AbdelLatif

Total des frais engagés : 1351,20

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/01/23	105710

[illegible][illegible]

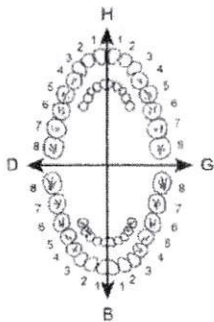
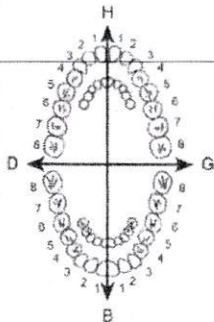
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr Mohammed FADL TAZI

البروفيسور محمد فضل التازي

Chirurgien Urologue
Professeur de l'enseignement
Supérieur

CHU Hassan II - Fès



أستاذ التعليم العالي في جراحة
الكلى والمسالك البولية
المركز الإستشفائي الجامعي
الحسن الثاني - فاس

Fès Le : 16/01/23 : فاس في

M^r IBRAHIMI

Absolutely

14760 + 14

① Flotax

1051/20

29/10 + 14

② TAHOR

3680 + 14

③ AMLODIPINE 5g
WIN

1051/20

Tél : 06 61 23 72 11

E-mail : tazifadl@yahoo.fr

PHARMACIE
HASSAN II
RUE KACEM ANLINE
FES - 30535
Tél : 05 35 94 48 48
Fax : 05 35 94 48 48

CLINIQUE
D'UROLOGIE
RUE KACEM ANLINE
FES - 30535
Tél : 05 35 94 48 48
Fax : 05 35 94 48 48

Pr. TAZI MOHAMMED FADL
Professeur Agrégé En Urologie
Chirurgien Urologue
CHU Hassan II - Fès

FLOTRAL® 10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale

FLOTRAL® 10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



PPV: 147 DH 60



sologie
ce à l'intérieur.

ervation.
e des enfants.

دون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 147 DH 60



osologie
tice à l'intérieur.

ervation.
e des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

FLOTRAL® 10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale

FLOTRAL® 10 mg ○
30 comprimés à
libération Prolongée
Voie orale



PPV: 147 DH 60



sologie
ce à l'intérieur.

ervation.
e des enfants.

دون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 147 DH 60



osologie
tice à l'intérieur.

ervation.
e des enfants.

بدون شروط معينة للتخزين.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

Pfizer



TAHOR

atorvastatine

10_{mg}

TAHOR 10_{mg} ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28

COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV.:

0 2 2 5

P.P.V

LOT N°:

FW 7 2 8 5

7 9 3 0

79,00

Pfizer



TAHOR

atorvastatine

10_{mg}

TAHOR 10_{mg} ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28

COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV.:

0 2 2 5

P.P.V

LOT N°:

FW 7 2 8 5

7 9 3 0

79,00

Pfizer



TAHOR

atorvastatine

10_{mg}

TAHOR 10_{mg} ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28

COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV. :

0 2 2 5

P.P.V

LOT N° :

FW 7 2 8 5

7 9 3 0

79,00

Pfizer



TAHOR

atorvastatine

10_{mg}

TAHOR 10_{mg} ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28

COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV.:

0 2 2 5

P.P.V

LOT N°:

FW 7 2 8 5

7 9 3 0

79,00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول أ (لائحة أ)

AMLODIPINE WIN 5MG
CP 828

P.P.V : 36DH20



LOT : 21E003V
PER.: 11 2024

المواقيت / HORAIRES / المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح
MIDI / الزوال
SOIR / المساء
REPAS / الوجبات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول أ (لائحة أ)

AMLODIPINE WIN 5MG
CP 828

P.P.V : 36DH20



LOT : 21E003V
PER.: 11 2024

المواقيت / HORAIRES / المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح
MIDI / الزوال
SOIR / المساء
REPAS / الوجبات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول أ (لائحة أ)

AMLODIPINE WIN 5MG
CP 828

P.P.V : 36DH20



LOT : 21E003V
PER.: 11 2024

المواقيت / HORAIRE / HORAIRE - المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح
MIDI / الزوال
SOIR / المساء
REPAS / الوجبات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول أ (لائحة أ)

AMLODIPINE WIN 5MG
CP 828

P.P.V : 36DH20



LOT : 21E003V
PER.: 11 2024

المواقيت / HORAIRES / المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح
MIDI / الزوال
SOIR / المساء
REPAS / الوجبات
