

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-768350

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 01690

Matricule : 01690 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autres

Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance : 07-08-1944

Adresse : PÉTIOT 8 Résidence Joulmar, Im B, N°13, Ave A. A. A. HAY EL AD R. B. B.

Tél : 0664121444 Total des frais engagés : 46,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL EDDINE Age : 78 Ans

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 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 : RASAB Le 30/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-768350

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 : 01690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL

Total des frais engagés : 46,70 Dhs

Date de dépôt : 31-10-2022



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de

Important :

Veuillez joindre les radio

SOINS DENTAIRES

O.D.F

PROTHESES DENTAIRE

# Corvasal® 2 mg

molsidomine

Voie orale / Oral use

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Corvasal 2 mg, cp b 30

P.P.V : 46,70 DH

30 comprimés sécables

SANOFI

**Composition :**

Molsidomine..... 2 mg

pour un comprimé sécable

**Excipient à effet notoire:**

Lactose monohydrate

**Composition:**

Molsidomine..... 2 mg

for one scored tablet

**Excipient with known effect:**

Lactose monohydrate

**Lire attentivement la notice avant utilisation.**

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS

**Précautions particulières de conservation:**

A conserver à une température inférieure à +25°C et à l'abri de la lumière

**Read carefully the package leaflet before use.**  
KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN

**Special storage conditions:**

Store below +25°C and protect from light

EXP :

Fab/Atg:

Lot/Batch :

11/2023

12/20

083PP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED  
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Médicament autorisé / Authorized medicine

n°: 34009 3241081 1

3400932410811

Titulaire de l'Autorisation de mise sur le marché

Marketing Authorisation Holder / حامل رخصة التسويق :

sanofi-aventis France

82, avenue Raspail

94250 Gentilly - France

Fabricant/Manufacturer / المصنع : sanofi-aventis, S.A.

Ctra. C-35 ( La Batlloria a Hostalric), Km 63.09

17404 Riells i Viabrea (Girona)

Espagne/Spain

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE AL ARAAR

MME KABBAJ NAWAL

AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT

RABAT

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.F. : 34527237

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 30/09/2022

FACTURE N°: 5361/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CORVASAL 2MG COMPS/30	46,70		46,70

Total : 46,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

INPE : 102003811

INPE : 102003811