

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 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° W21-779223

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01690

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance :

07.08.1944

Adresse :

APTE S3 - Secteur 8, RÉSIDENCE ALLAAL BEN ABDELLAH - CASABLANCA - 20000 - RABAT

Tél. : 06 64 18 17 84

Total des frais engagés : 52,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

MAAROUFI JAMAL EDDINE Age: 78 Ans

Nom et prénom du malade :

Lieu 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/10/2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-779223

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 J.
 Total des frais engagés : 52,80 Dhs
 Date de dépôt : 10/10/2023

6
118001100071

14 gélules

OEDES 20mg

جداول ملحوظة
tableau c (liste II)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم дозы الموصوفة
Uniquement sur ordonnance
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

CONDITIONS D'EMPLOI :
Se conformer à la prescription médicale.
يجب الالتزام بالوصفة الطبية.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
لا يترك في متناول الأطفال.
Conserver à une température inférieure à 25°C.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.
Lire attentivement la notice avant toute utilisation.
أ่าน الشرة داخلة قبل الاستعمال.

OEDES®
oméprazole

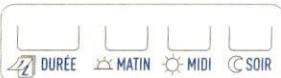


20 mg
Voie orale

LOT 211261
EXP 03/2024
PPI 52.800 H

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x



COOPER
PHARMA

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

MAAROUI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 15/10/2022

FACTURE N°: 5436/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	OEDES 20MG 14GELLULES	52,80	7	52,80
TVA 7%:		3.45	Total :	
			52,80	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE DEUX DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

