

## 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° W21-779221

par  
Pouvoir

145274

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01690

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance :

04/08/1944

Adresse :

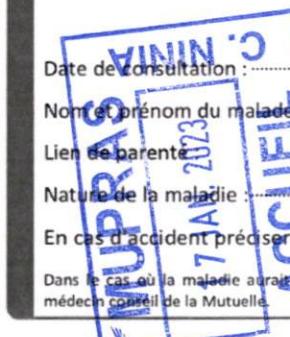
86700 8, Résidence JOLLAZNE 7M'B' ADDOLB MAY Ryad RABAC.

Tél. : 0664 121 44

Total des frais engagés : 45,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MAAROUFI JAMAL EDDINE, Age : 78 Ans

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/10/2022

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-779221

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).

01690

MAAROUFI J

45,20 Dhs

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 10/10/2023

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
				• INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
 37 71 06 27 105 05/05/22	05/05/22	45,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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

MR MAAROUFI JAMAL EDDINE

I.C.E. :

Le : 01/10/2022

FACTURE N°: 5434/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	GLUCOPHAGE 850MG.60 COMPS(GM)	45,20		45,20
Total :				45,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE CINQ DIRHAMS ET VINGT CTS



# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



45,20

60 Comprimés pelliculés

**MERCK**

#### Composition :

Chlorhydrate de metformine ..... 850 mg  
correspondant à 662,90 mg de métformine base.  
Excipients ..... q.s.p un comprimé pelliculé

#### التركيبة :

كلورهيدرات الميتفورمين 850 مغ  
ما يعادل 662,90 مغ من الميتفورمين قاعدة.  
سواغات : ك.ك.لقرصن واحد مختلف

#### Fabriqué par

**COOPER**  
PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina Daoudi

Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France

N° d'AMM : 140 DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبير فارما

41 زنقة محمد الدبوري 20110 الدار البيضاء

الصيدلي المسؤول : أمينة داودي

بترخيص من ميرك سانتيه ش.أ.م. – فرنسا

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés



6

**MERCK**