

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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.



## Déclaration de Maladie

W21-844157

198637

C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01690		Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MARROUFI JAMAL EDDINE			
Date de naissance : 07.08.1944			
Adresse : SECTEUR 8 RÉGIONALE TOULLANAR 74448 APP 3 AVÉ ALLAOUA 4444 RYAD. RABAT			
Tél. : 0664171444 Total des frais engagés : 18.20 Dhs			

Autorisation CNOP N° : AA-215 / 2019			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : MARROUFI JAMAL EDDINE Age : 79 Ans			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :			
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 : RABAT Le : 16/02/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : C.J.

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
W21-844157	
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) : MARROUFI JAMAL EDDINE	
Total des frais engagés : 18.20 Dhs	
Date de dépôt : 07.03.2024	

## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### Important :

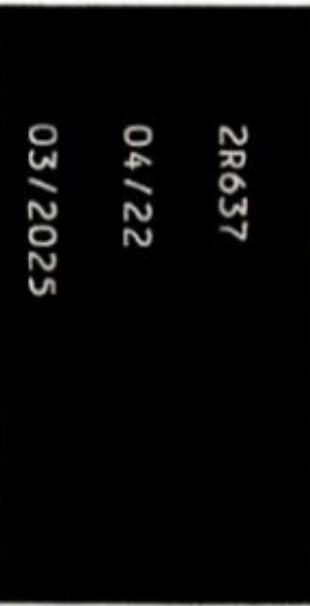
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Corvasal® 2 mg

30 comprimés sécables / scored tablets



Fab/Mfg:

Lot/Batch:

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

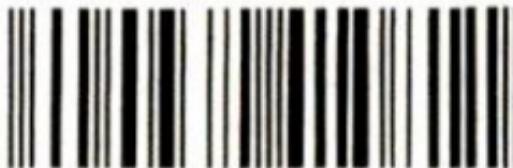
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I

دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Médicament autorisé / Authorized medicine

n°: 34009 3241081 1



3400932410811

صنع لأجل / Made for  
**CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH**

CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH, Ziegelhof 24,  
17489 Greifswald, Germany

**Fabricant/Manufacturer / مصنع :** SANOFI AVENTIS, S.A.  
Ctra. C-35 ( La Batlloria - Hostalric ), Km 63.09  
17404 Riells i Viabrea (Girona)  
Espagne/Spain

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00  
EXP 03/2027  
LOT 330315

# نورموگاستريل

20 قرصاً فائراً



**Composition :**

Bicarbonate de sodium.....	170 mg
Sulfate de sodium anhydre .....	285 mg
Hydrogénophosphate de sodium anhydre.....	195 mg
Excipient q.s.p. ....	1 comprimé effervescent

**Indications :**

- Préconisé dans les douleurs, brûlures, aigreurs de l'estomac ou de l'œsophage.

يحفظ الأنبوب مغلقاً بمعزل عن الحرارة و الرطوبة

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

# NORMOGASTRYL

20 comprimés effervescents



**Posologie :**

1 à 2 comprimés à faire dissoudre dans un verre d'eau après les repas ou au moment des malaises digestifs.

Lire attentivement la notice.

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Laboratoires LAPROPHAN S.A.

21, Rue des Oudaya - Casablanca

Fabriqué au Maroc sous licence des Laboratoires UPSA (France).

**NORMOGASTRYL**

20 comprimés  
effervescents



6 118000 030904