

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 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 une fois par an.

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

W21-844157

198637

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MIAROUFI JAMAL EDDINE
 Date de naissance : 07.08.1944
 Adresse : Résidence Joulhanar Im 8
 APPE 3 AVE ASSOCB. Hay Lyad. Rabat
 Tél. : 0664171444 Total des frais engagés : 18,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : MIAROUFI JAMAL EDDINE Age : 79 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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) :

VOLET ADHERENT

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) : MIAROUFI JAMAL EDDINE
 Total des frais engagés : 18,20 Dhs
 Date de dépôt : 07.02.2024

[illegible][illegible][illegible][illegible]

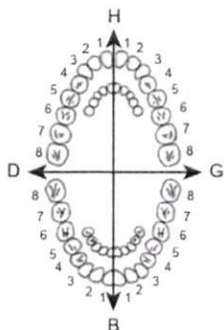
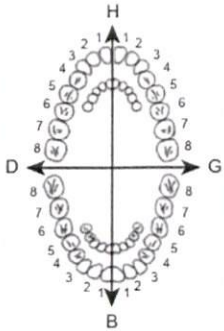
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Montant des Honoraires															
					Coefficient des Travaux <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>														
					Montants des Soins <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>														
					Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>														
					Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="margin-top: 10px;"> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> </div>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
G																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>														

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

Corvasal® 2 mg

30 comprimés sécables / scored tablets

Lot/Batch :
Fab/Mfg:
EXP. :

2R637
04/22
03/2025

PPV : 46 DH 70

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 طبيّة - قائمة I

Médicament autorisé / Authorized medicine

n°: 34009 3241081 1



3400932410811

Fabriqué pour / Made for / صنع لأجل

CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH

CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH, Ziegelhof 24,
17489 Greifswald, Germany

Fabricant/Manufacturer / المصنّع : SANOFI AVENTIS, S.A.

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

17404 Riells I Viabrea (Girona)

Espagne/Spain

نورموغاستريل



20 قرصافائرا

NORMOGASTRYL

PPV 12DH00
EXP 03/2027
LOT 330315

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 مغلقا بمعزل عن الحرارة والرطوبة

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

NORMOGASTRYL

20 comprimés effervescent



Posologie :

1 à 2 comprimés à faire dissoudre dans un verre d'eau après les repas ou au moment des maux 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
effervescent



6 118000 030904