

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-573798

ND: 42448 CT

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1690

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAROUFI JAMEL EDINE

Date de naissance :

07/08/1944

Adresse :

SECTION 8 RÉSIDENCE JOULLANNE JMM'B  
AL. 3 AV ADDOLAH HAY RAHAD RASAT -

Tél. :

0664 171744

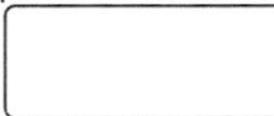
Total des frais engagés :

49.30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MAAROUFI JAMEL EDINE

Age:

72 ans

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 :

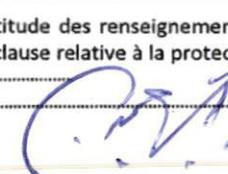
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 03/08/2010

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-573798

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 :

1690

MAAROUFI J

Nom de l'adhérent(e) :

MAAROUFI J

Total des frais engagés :

49.30 Dhs

Date de dépôt :

#### **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 : .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/08/02	49,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VIOLET 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.**

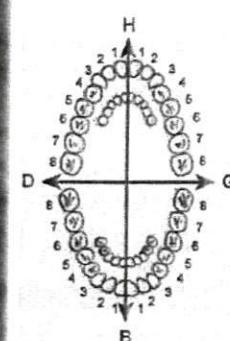
**Important:**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  $  \begin{array}{r l}  H & \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & G \\  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  & B  \end{array}  $ <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
--	---	---

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET GACHET 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 : 03/08/2020

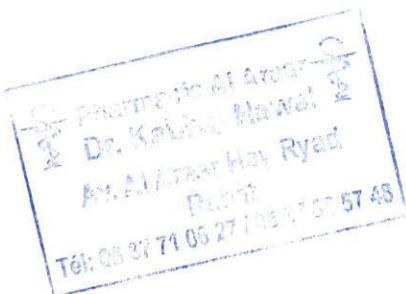
FACTURE N°: 4268/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE GELULES /16	15,30	7	15,30
1	LIPOSIC GEL OPHTA	34,00	7	34,00

TVA 7%: 3.23 Total : 49,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS



**liposic®**

Gel ophtalmique  
Carbamomère 980

**COMPOSITION**

Excipie  
moyenr

Tube de  
تربيط.

ديوم  
ع 10

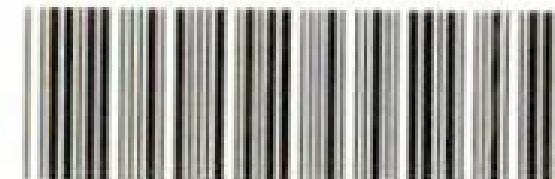
LIPOSIC  
Gel ophtamique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

**ليبوسيك**  
هلامة للعين  
كاربومير 980

Médicament autorisé : N° 359 310-1  
D.E Algérie n° 096/17N133/08  
AMM Tunisie n° 5283171

دواء مرخص رقم 359 310-1  
م.ت الجزائر رقم 096/17N133/08  
تونس رقم AMM 5283171

**Bausch & Lomb**  
Laboratoire Chauvin



\* 3 5 9 3 1 0 1 \*

تاريخ الصنع/  
Date fab.

تاريخ الإنتهاء/  
Exp./

(رقم الدفعة)/  
Lot/

# دوالپران

باراصيتامول  
500 ملغم

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL  
16 GELULES



ابتداء من 27 كليغ  
عن طريق الفم  
برشحنة  
16

b  
بولي كلوريد الباريوم - بودرة  
من المطهر - معدني مسادل

#### COMPOSITION

Paracetamol.

Excipients dont jaune orangé S

#### INDICATIONS

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, réactions douloureuses. Chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

500 mg

q.s. pour une gélule

**Doliprane®**  
500mg  
PARACETAMOL



à partir de 27 kg

b  
BOOTTI s.a.  
5, Allée des Canarines - Ain Seba - Casablanca

b

15,30

PPV 15/1/30  
PER 02/22  
LOT 1536

voie orale  
16 GELLULES