

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-516928 -

Cp

| | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire (23886) | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : | 1690 | Société : |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : MARRAFI JAMAL SADINE | | |
| Date de naissance : 07 Avril 1944 | | |
| Adresse : | Secteur 8, Résidence Joulaouar, 2ème étage, Avenue 3, Auc' Asselb Hay Ryad Rabat | |
| Tél. : | 0664.1717.44 | Total des frais engagés : 51,- Dhs |

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : | | |
| Nom et prénom du malade : MARRAFI JAMAL SADINE Age: 76 Ans | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| <input type="checkbox"/> 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 : 01/01/2020

| | |
|---|---------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | N° W19-516928 |
| 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 |
| Nom de l'adhérent(e) : | MARRAFI J |
| Total des frais engagés : | 51,- Dhs |
| Date de dépôt : | 27/01/2020 |

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

| 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 Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 01/01/2022 | 3 571,00 |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

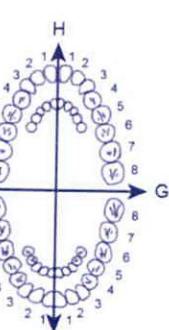
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ONDE

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--|---|-----------------------------|-------------------------------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|------------------------|--|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS [] | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | VISA ET CACHET 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 : 01/01/2020

FACTURE N°: 3933/20

| Qté | Désignation | Prix | TVA | Montant |
|-----|---------------------------|-------|-----|---------|
| 1 | DOLIPRANE GELULES /16 | 15,30 | 7 | 15,30 |
| 1 | KARDEGIC 160MG SACHETS/30 | 35,70 | 7 | 35,70 |

TVA 7%: 3.34 Total : 51,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE ET UN DIRHAMS



Doliprane® 500 mg O

**PARACETAMOL
16 GELULES**



ابتداء من 27 كيلو

د معاو الکاظمی برای ناس - عین المسع - الدار البهاد

COMPOSITION

57

Excipients.....

INDICATIONS

卷之三

500 mg
G.s. pour une délivrance
d'une dose journalière

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, règles douloureuses.
Chez l'adulte et l'enfant à partir de 8 ans.

Doliprane® 500 mg

à partir de 27 kg

b bottu s.a.
S. Allée des Casuarinas - Alh. Seséla - Casablanca
S. Buchsruhl - Pharmaciens Bioconseil

PPV 150H30
PER 09/22
LOT 12028-1

LOT : 9MA076
PER.: 08 2020

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

كاريديجيك ١٦٠ ملجم

١٦٠ ملجم

كاريديجيك

KARDEGIC®

160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI