

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

N° W21-610358

59376

<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 :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE			
Date de naissance : 07-08-1944			
Adresse : N° 3 Secteur 3 Résidence jallouar Imb 8 Ave Allal Ben Abdellah - Rabat -			
Tél. : 0664151744 Total des frais engagés : 49,30 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL EDDINE 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 : 16/01/2021

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-610358
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) :	MAAROUFI JAH
Total des frais engagés :	49,30 JAH
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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/20	49,30

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.

**PHARMACIE AL ARAAR**  
**MME KABBAJ NAWAL**  
**AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT**  
**RABAT**

MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

N° CNSS : 34527237

N° R.C. : 78752

N° ID.F. : 34527237

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

Fax 037 565/48

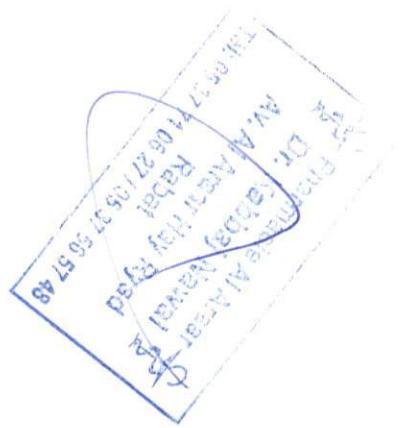
Le : 05/02/2021

**FACTURE N°:** 4492/21

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant	
1	DOLIPRANE GELULES /16	15,30	7	15,30	
1	LIPOSIC GEL OPHTA	34,00	7	34,00	
<b>TVA 7%:</b>		<b>3.23</b>	<b>Total :</b>		<b>49,30</b>

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

QUARANTE NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS



\* 3 5 9 3 1 0 1 \*



Bausch & Lomb  
laboratoire Chauvin

5283171 (الولايات المتحدة)  
096/17N133/08 (الولايات المتحدة)  
359 310-1 (الولايات المتحدة)

Tube de 10 g.  
Tube de 100 جرام (الولايات المتحدة)  
Tube de 200 جرام (الولايات المتحدة)  
Tube de 500 جرام (الولايات المتحدة)

Excipients : (cétimide, sorbitol, triglycérides à chaîne moyenne, hydroxyde de sodium, eau purifiée) q.s.p. 100g  
COMPOSITION : Carbomère 980 : 200 mg.

Carbaméate 980



Gel ophthalmique

NE PAS OUVRIR. NE LAISSER NI À LA VUE DES ENFANTS.  
CONSERVER À UNE TEMPERATURE INFÉRIURE À 25 °C.

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.  
APRÈS OUVERTURE, CONSERVER AU MAXIMUM 28 JOURS.

POSOLOGIE ET MISE EN GARDE :

DANS LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE L'ŒIL SEC  
VOIE LOCALE / INSTRILLER DANS L'ŒIL SEC.

INDICATIONS : CE GEL OPHTALMIQUE EST INDICATIF

07200 AUBENAS - FRANCE

Z.I. Ropptier Haut

laboratoire Chauvin

Fabricant /

34000 MONTPELLIER - FRANCE

416, rue Samuel Morse

laboratoire Chauvin

Titulaire et Exploitant /

LIPOSIC

Gel ophtalmique 10 g

ZENITH PHARMA

PPV: 34,00 DH

ADSP n° 220 DMP/21/NP

# دواليان ملع 500

باراسيتامول

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL

16 GELULES



6 118000 040378



ابتداء من 27 كيلغ

عن طريق الفم  
برشبة

b  
بوري شراب  
اللليلي ميدان  
الطباطبائي عرب السبع  
البلدي بارازا

## COMPOSITION

Paracétamol.

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, téties grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

# Doliprane® 500mg PARACETAMOL



b  
Bottu s.a.  
El Alíje des Géantines - Ain Séba - Casablanca  
5. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

15,80

P P V 15 DH 00  
P E R 03 / 25  
L O T 1966