

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

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 13 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-610356

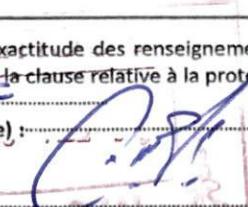
59.377

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <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 : AV N°3 SECTEUR 8, RESIDENCE JAU LLAVAC, IMMEUBLE ALLAL BEN ABDELLAH, 444 LYAD, RABAT, 58, 40 Dhs | | | |
| Tél. : 066111144 Total des frais engagés : | | | |

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 : RABAT Le : 01/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

| | |
|---|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-610356 |
| 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 J
Total des frais engagés : 58.40 Dhs
Date de dépôt : 08-02-2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| 11/06/2017 | 11/06/2017 | 58,460 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

1

MONTANTS DES SOINS

1

DATE DU
DEVIS

1

DATE DU
DEVIS

1000

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 JAMAEDDINE

I.C.E. :

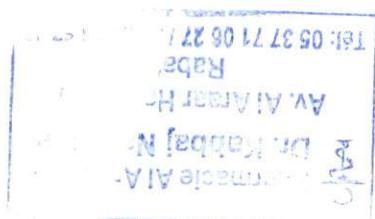
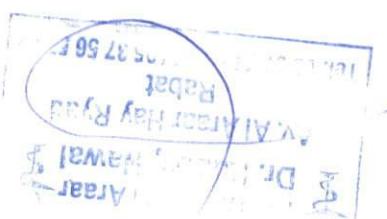
Le : 01/01/2021

FACTURE N°: 4494/21

| Qté | Désignation | Prix | TVA | Montant |
|---------|---------------------------|-------|---------|---------|
| 1 | KARDEGIC 160MG SACHETS/30 | 35,70 | 7 | 35,70 |
| 1 | RINOMICINE SACHETS.10 | 22,70 | 7 | 22,70 |
| TVA 7%: | | 3.82 | Total : | |
| | | | 58,40 | |

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET QUARANTE CTS



Composition :

- Chaque sachet contient :
- Chlorphénamine maleate..... 4 mg
 - Phénylephrine chlorhydrate..... 6 mg
 - Salicylamide..... 200 mg
 - Paracétamol..... 400 mg
 - Caffeine..... 30 mg
 - Vitamine C..... 300 mg
 - Excipients q.s.p..... 10 g
- Excipients à effet noir : saccharose (8 g par sachet), jaune orangé S.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.



6 118000 090762



- كل مكون يحتوي على :
- كلورفيناتين ميلات..... 4 mg
 - كلورفيناتين ميلات..... 6 mg
 - فنيلفين كور ميلات..... 200 mg
 - سالسيلاميد..... 400 mg
 - باراسيتامول..... 30 mg
 - كافيين..... 300 mg
 - حمض الستريك..... 300 mg
 - مساحك مائية كافية لـ 10 g

لتحتها سواعذ ذات تأثير مطمئن : السكاروز (8 g في كل مكون) ملون الصفر برقاقي. S.
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية و بعيداً عن الرطوبة.
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

ج.م. ٢٠٢٢
٢٠٢٢/١١/٢١

٢٠٢٢

ج.م. ٢٠٢٢
٢٠٢٢/١١/٢١

ج.م. ٢٠٢٢
٢٠٢٢/١١/٢١

٢

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V:35DH70
6 118001 081189

22,70