

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Rakir 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° W21-603488

59378

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule :		1690		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 : 7ème étage, Rue Mohamed Rakir, quartier de l'Horloge, Casablanca, Tém B, Addas, 20000, Rabat.							
Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 51,- 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 : Rabat Le : 16/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT							
Déclaration de maladie N° W21-603488							
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) : MAAROUFI J							
Total des frais engagés : 51,- Dhs							
Date de dépôt : 08/02/2021							

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature 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
PHARMACIE DE LA VILLE DE SAINT-ETIENNE	26/12/20	59000

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 HONORAIRE																					
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.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
		O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																			
			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433662</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433663</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433662		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433663	B	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				H	25533412	21433662															
					00000000	00000000															
				D	00000000	00000000															
	35533411			11433663																	
B	G																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					
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.E.: 34527237 N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 16/12/2020

FACTURE N°: 4471/20

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



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
LOT : 20E019
PER : 05 2022
P.P.V : 35DH70

P.P.V : 35DH70



5 118001 081189

יְהוָה יְהוָה יְהוָה יְהוָה יְהוָה יְהוָה יְהוָה יְהוָה יְהוָה יְהוָה

۱۶۰

סְבִירָה

KARDEGIC®

160mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution buvable

30 sachets-dose

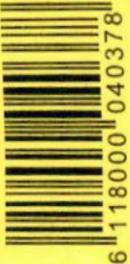
Voie orale

SANOFI

دواء دوليبران بارا[®] سيطا[®]مول 500 ملج

Doliprane[®] 500 mg ○
PARACETAMOL

16 GELULES



عن طريق الفم

برشقة

ابتداء من 27 كليغ

بـ ٢٧
مسح على اللسان - شفاف - اللون
من البلاستيك - سهلة

COMPOSITION

Panacétamol...

Excipients dont jaune orangé S 500 mg pour une gélule

INDICATIONS

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, éterns 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



à partir de 27 kg

bOTTI s.a.
R.J. Alber des Cauchins - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 15 D H 30
PER 03 / 23
LOT J 8 26 - 2
15,30

Voie orale
16 GELULES