

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dument 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.

### Reéducation :

- 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 | adhésion@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 - Agence de Gestion de Risques et d'Assurance - 10, Avenue Mohammed V - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 32 22 77 810 - Fax : +212 32 22 77 811 - Site Web : www.mupras.com

## Déclaration de maladie

N° W19-584103

61671

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Matricule : 4204

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JENNAN ABDALLAH

Date de naissance :

07/03/1942

Adresse :

BLOC J N° 28 RÉPUBLIQUE

SALE 662450560

Télé. :

Total des frais engagés : 502,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

D. Eloua LARHRISS LABOUBRAR  
Rhumatologue - Podiatrologue  
Diplômé en Médecine Manuelle  
et Ostéopathie  
336, Avenue Med V - Rabat  
Tel. 0537 72 26 22 - Fax : 0537 72 26 22

Date de consultation :

04/12/2020

Nom et prénom du malade :

Bacelita Jemaa

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Gonalgies

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements à l'écrit au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire, déclarant ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/02/2021

LE 2 MARS 2021

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-584103

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 :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

|                 |                  |               |  |
|-----------------|------------------|---------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | N° de l'Ordre | Cachet et signature du Médecin               |
| 4 DEC 2020      | Actes            | 123456789     | des Médecins attestant le Palmarès des Actes |
|                 |                  | 300M          |  |

*Saloua DRISSI ABOUDRAR*  
Dentiste et Radiologue  
Chirurgien dentiste et orthodontiste  
Montpellier - France  
Tél : 06 72 26 02

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |  |                        |
|--|------------|--|------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       |  | Montant des Honoraires |
| <b>PHARMACIE SEMLALI</b><br>37, Immeuble HALIMA<br>N° 9 - SIDI MOUSSA - SAÏD<br>Tel : 05 37 88 45 60 | 12/12/2020 |  | 300M                   |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |            |                              |                        |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <i>M</i>  | 12/12/2020 |                              | 300M                   |

| AUXILIAIRES MEDICAUX               |                |        |    |    |    |                                 |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

|  |  |
|--|--|
| VOLET ADHERENT   |  |
| <p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p> |  |

|  |   |  |                         |
|--|---|--|-------------------------|
| DEVIS DE SOINS ET HONORAIRES   |   |  |                         |
| Important : Veuillez joindre les justificatifs suivants en cas de prothèses ou de traitement sans aide : attestation de D.O.P. |   |  |                         |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                                    | Nature des Soins                       | Coefficient             |
|  |   |  | INP : _____             |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX  |   |  |                         |
| MONTANTS DES SOINS   |   |  |                         |
| DEBUT D'EXECUTION  |   |  |                         |
| FIN D'EXECUTION  |   |  |                         |
| DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   | H   | 25533412 21433562<br>00000000 00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | D   | 00000000 00000000<br>35533411 11433563 | MONTANTS DES SOINS      |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession  |   |  |                         |
| DATE DU DEVIS  |   |  |                         |
| DATE DE L'EXECUTION  |   |  |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |  |                         |

**Docteur Saloua LARHRISSI ABOUDRAR**

Rhumatologue - Podologue

Echographie Ostéo Articulaire

Médecine manuelle et Ostéopathie

Rhumatismes, Maladies des Os, des Articulations,  
et de la Colonne Vertébrale

Diplômée de la Faculté de médecine de Paris

Université René Descartes

Ex- professeur assistante au CHU de Rabat

الدكتورة سلوى الغريسي أبودرار  
مختصة في الروماتيزم، أمراض العظام ~~المفاصل~~  
والعمود الفقري

فحص العظام والمفاصل بالصدى

علاج بالطب اليدوي والتمريضي

خريجة كلية الطب بباريس

أستاذة مساعدة بكلية الطب بالرباط سابقا

RABAT le,

4 DEC 2020

**Mme BOUALILA MIMOUNA**

**1 - Appliquer**

Appliquer "du froid" en isolant la peau à l'aide d'un linge fin

**2 - CELEBREX 200 mg gélules**

1 gélule après le repas de midi pendant 20 jours

**3 - CETAMYL 1000 mg Comprimés**

1 cp après les repas matin et midi pendant 20 jours

*Dr. Saloua LARHRISSI ABOUDRAR*  
*Rhumatologue - Podologue*  
*Diplômée en Médecine Manuelle*  
*et Ostéopathie*  
*336 Avenue Neuve*  
*Tel.: 0537 72 25 22 - Fax: 0537 12 26 02*

**PHARMACIE SEMLALI**  
37, Immt HALIMA I  
**N° 9 - SIDI MOUSSA - S. LE**  
**Tél : 05 37 88 45 60**

سليبروكسيب  
سيلبروكسيب  
ج 200



CELEBREX®  
200 mg  
20 GELULES

6 118000 250098  
A standard linear barcode representing the product information.

مخداد للألم  
مخداد للألم

20  
كبسولة

Lot.

P.P.V.: 150.00

Exp.

10 comprimés

Voie orale

Rhume

Migraine

Névralgies

Rhumatismes

Maux de dents

CETAMYL®

paracétamol

1000 mg

GALENICA

G

Fièvre

Grippe

Lumbago

Douleurs diverses

Douleurs des règles

CETAMYL®  
Paracétamol 1000 mg

Lot N° / Date Per. :

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Paracétamol ..... 1000 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg

Paracétamol  
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438

10 comprimés

Voie orale

Rhume

Migraine

Névralgies

Rhumatismes

Maux de dents

CETAMYL®

paracétamol

1000 mg

GALENICA

G

Fièvre  
Grippe

Lumbago

Douleurs diverses

Douleurs des règles

CETAMYL®  
Paracétamol 1000 mg

Lot N° / Date Per. :

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Paracétamol ..... 1000 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg

Paracétamol  
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438

10 comprimés

Voie orale

Rhume

Migraine

Névralgies

Rhumatismes

Maux de dents

CETAMYL®

paracétamol

1000 mg

GALENICA

G

Fièvre  
Grippe

Lumbago

Douleurs diverses

Douleurs des règles

CETAMYL®  
Paracétamol 1000 mg

Lot N° / Date Per. :

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Paracétamol ..... 1000 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg

Paracétamol  
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438

10 comprimés

Voie orale

Rhume

Migraine

Névralgies

Rhumatismes

Maux de dents

CETAMYL®

paracétamol

1000 mg

GALENICA

G

Fièvre  
Grippe

Lumbago

Douleurs diverses

Douleurs des règles

CETAMYL®  
Paracétamol 1000 mg

Lot N° / Date Per. :

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Paracétamol ..... 1000 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg

Paracétamol  
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438