

## 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 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-623407

par  
courrier  
A6171

<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, Etage 8, Résidence Jollanar, Tunis AVE ADDIB MAY Ryad, Bab			
Tél. : 064 171744		Total des frais engagés : 46,- 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 Soltane	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 : Casablanca Le : 01/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT			
Déclaration de maladie	N° W21-623407		
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).			
Matricle : 01690			
Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI J			
Total des frais engagés : 46,- Dhs			
Date de dépôt : 25.04.2021			

#### **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
	20/04/2011	160,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H <hr/> D	25533412   21433552 00000000   00000000 <hr/> 35533411   11433553 G <hr/> B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> 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**

**Tel : 037 710627**

**Fax 037 565748**

**MR MAROUFI JAMALEDDINE**

**I.C.E. :**

**N° ICE 000740258000078**

*Le : 01/04/2021*

**FACTURE N°: 4655/21**

<b>Qté</b>	<b>Désignation</b>	<b>Prix</b>	<b>TVA</b>	<b>Montant</b>
1	CORVASAL 2MG COMPS/30	46,70		46,70
<b>Total :</b>				<b>46,70</b>

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

QUARANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS



# Corvasal® 2 mg

molsidomine

Voie orale / Oral use



30 comprimés sécables

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Corvasal 2 mg, cp b 30  
P.P.V : 46,70 DH

  
6 118001 080335

ets

SANOFI 

**Composition :**

Molsidomine ..... 2 mg  
pour un comprimé sécable

**Excipient à effet notable:**

Lactose monohydraté

**Composition:**

Molsidomine ..... 2 mg  
for one scored tablet

**Excipient with known effect:**

Lactose monohydrate

**Lire attentivement la notice avant utilisation.**

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS

**Précautions particulières de conservation:**

A conserver à une température inférieure à +25°C  
et à l'abri de la lumière

**Read carefully the package leaflet before use.**

KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN

**Special storage conditions:**

Store below +25°C and protect from light

EXP. :

Fab/Mfg:

Lot/Batch :

08/2023

09/20

OR2A9

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

USE THE DOSE AS PRESCRIBED

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Prescription only medicine - List I

دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Médicament autorisé / Authorized medicine

n°: 34009 3241081 1



3400932410811

**Titulaire de l'Autorisation de mise sur le marché**

**Marketing Autorisation Holder / حامل رخصة التسويق :**

**sanofi-aventis France**

82, avenue Raspail

94250 Gentilly - France

**Fabricant/Manufacturer / المصنع : sanofi-aventis, S.A.**

Ctra. C-35 ( La Batlloria a Hostalric), Km 63.09

17404 Riells i Viabrea (Girona)

Espagne/Spain