

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

W21-833805

196064

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE
 Date de naissance : 04.08.1974
 Adresse : Secteur B. Résidence Jallouze. Imb' AP63
 AVE ADOLB. HAM AYAD. LABET -
 Tél. : 0664 171744 Total des frais engagés : 56,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL EDDINE Age : 49 Ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : LABET Signature de l'adhérent(e) : Le : 04 / 12 / 2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-833805

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 JAMAL
 Total des frais engagés : 56,50 Dhs
 Date de dépôt : 26.01.2024

[illegible][illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

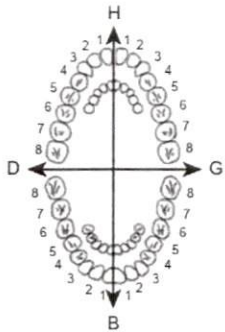
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
					Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>H</div> <div>G</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>D</div> <div>B</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div> 25533412 00000000 </div> <div> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div>				
	[Création, remont, adjonction]		Montant des Honoraires		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

--

A diagram of a human dental arch (maxilla) viewed from above. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides, starting from the midline (incisors) and moving outwards. A vertical line with arrows at both ends is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal line with arrows at both ends is labeled 'D' on the left and 'G' on the right.

	H	
	25539412 21439552	
	00000000 00000000	
D	—	G
	00000000 00000000	
	35539411 11439553	
	B	

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Composition :

Dompéridone.....10 mg

Excipients q.s.p.....1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose

التركيب :

دومبيريدون.....10 ملغ

سواغ كمية كافية.....لقراص واحد

سواغ ذات تأثير معلوم : لاکتوز

Liste II - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

إحترم المقادير المعينة

AMM : 201DMP/21/NNP

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

21, Rue des Asphodèles, Maârif, Casablanca - Maroc

Nauselium 10mg

Boîte de 20 comprimés



6 11 800 091899

Nauselium®

Dompéridone

10 mg

LOT : 8031
UT. AV : 04-25
P.P.V : 29 DH 00



20 comprimés
Voie orale

LABORATOIRES PHARMA 5
مختبرات فارما 5

Voie orale
عن طريق الفم

30 COMPRIMÉS ENROBÉS
30 قرص ملبس

Spasfon®

phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg
فلوروغلوسينول 80 مغ / ثلاثي مثيل فلوروغلوسينول 80 مغ

سباسفون

 **acino**

*Douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies biliaires, de la vessie et de l'utérus.
الآلام التشنجية في المعى والمسالك الصفراوية والمثانة والرحم.*


 **Zenith pharma**

30 COMPRIMÉS ENROBÉS

30 قرص ملبس

Spasfon®

phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg

 **acino**

fabriqué sous licence par :

 **Zenith pharma**

96, Zone industrielle Tassila Inezgane - Agadir - Maroc.
Dr M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable.

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants

يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.

AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

29150

 **Spasfon®**
30 comprimés enrobés

