

# 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 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

Optique

Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance :

04.08.1944

Adresse :

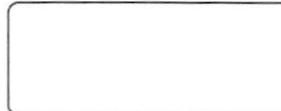
Secteur 8 Résidence Jallouze, 3ème étage, 1063  
Ave ADDOUR, Hay Riad, Rabat - 1063

Tél. : 0664191744

Total des frais engagés : 56 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MAAROUFI JAMAL EDDINE Age : 79 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 :

Le : 04/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

### 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 Dhs

Date de dépôt : 26.12.2023

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

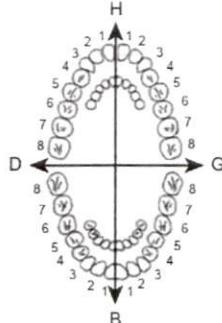
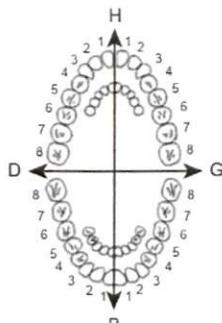
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	D      G	B			
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE					
H		G			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412   21433552 00000000   00000000		D   35533411   11433553		B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession					MONTANTS DES SOINS
Montant des Honoraires					
					
DATE DU DEVIS					DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Liste II - Uniquement sur ordonnance

Composition :

Dompéridone..... 10 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose

التركيب :

دومبيريدون..... 10 ملг

سواغ كافية لقرص واحد

سواغ ذات تأثير معروف : لاكتوز

Respecter les doses prescrites

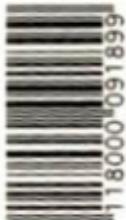
احترم المقادير المعينة

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

# Nauselium®

Dompéridone

10 mg

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

20 comprimés  
Voie orale

LABORATOIRES PHARMA 5  
Casablanca - Maroc



**Voie orale**  
عن طريق الفم

**30 COMPRIMES ENROBÉS**

**30 قرص ملبس**

# Spasfon®

phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg  
فلوروجلوسينول 80 مغ / ثالثي متيل فلورو جلوسينول 80 مغ

**سباسفون**



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



# Spasfon®

**30 COMPRIMES ENROBÉS**

**30 قرص ملبس**

phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg



fabriqué sous licence par :



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

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants

بعدن بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.

AMM N° 451/14-DMP/21/NRQ

05158

**Spasfon®**  
30 comprimés enrobés



6118000330226