

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 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 tous les 6 mois.

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1692 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAAROUFI JAMALADINE
Date de naissance : 07 Avril 1944
Adresse : Secteur 8, Résidence Joulouan Jmn 'B' ADPE 3, Ave ADDOLB Day Ryad, Rabat
Tél. : 066171744 Total des frais engagés : 35,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /
Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMALADINE Age : 76 Ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 charte relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 02 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Déclaration de maladie N° W19-516926

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 : 1692
Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI J
Total des frais engagés : 35,30 Dhs
Date de dépôt : 22.02.2020

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.

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/19	35,30

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

[illegible]

* 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 :																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement.																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

BRUFEN®

400 mg Ibuprofène

30 Comprimés pelliculés

Sapropipronate

N° d'autorisation de mise sur le marché : 118000119

COOPER

Fabriqué par COOPER PHARMA sous licence
A.I. rue Mohamed Diouri, 20110 Castelbono
Amino DAOUÏ : Pharmocien Responsable
سبيح بن بوف كور فورا توجيهر
ميدان محمد الموركي 20110 القدر البيضاء
البيضاء الداردي : صيدلي مسؤول

Soyez prudent !
Ne pas utiliser avec un autre médicament sans avis médical.
Attention : Ne pas dépasser la dose prescrite.

بروفين®
400 ملغ (الميلو)

Abbott

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

BRUFEN® 400 mg Ibuprofene

BPI ILEN[®]

400 mg Ibuprofène
30 Comprimés pelliculés



6 11800 080015

BRUFEN
400 mg Ibuprofene

41, شارع محمد البوري 20110 الدار البيضاء
 أمانة الداودي - صلي سيزول
 صبح من طوك كوف لارما لبر صبح

4. خارج محمد الدوري 2010 الدار البيضاء
أمية الداودي : صديقي مزارع

Abbott

بروہین
جلد اولہ اشعار و نثر

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

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MR MAAROUFI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 02/12/2019

FACTURE N°: 3930/19

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	BRUFEN COMP 400MG/30	35,30	7	35,30

TVA 7%: 2.31

Total : 35,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

TRENTE CINQ DIRHAMS ET TRENTE CTS

