

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-443113

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<b>22265</b>	
Matricule :	4884	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		<b>MAAROUFI Fouad</b>	
Date de naissance :		<b>21. 01. 1940</b>	
Adresse :		<b>BP 5933 Poste Harhoura plage HARHOURA</b>	
Tél. :	0661.4703521	Total des frais engagés :	<b>417,44 EUROS</b>

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>21. 07. 2020</b>
Nom et prénom du malade :	<b>MAAROUFI Fouad</b>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> lui-même
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	



**ACCUEIL**

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 :** *RTG* **Le :** *21. 07. 2020*  
**Signature de l'adhérent(e) :** *RTG*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-443113
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).	

**4884**  
**MAAROUFI**  
**Total des frais engagés** *417,44 €*  
**Date de dépôt** *21.07.2020*

## 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 : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

APOOTHEEK ERASMUS

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
43 rue des Etats Généraux 78000 VERSAILLES Tél. 01 39 50 28 81 Fax 01 39 49 56 70 78 2 71214 5	21-1-2020 06.02.2020	139,36 278,08 € <hr/> 417,44 EUROS

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00700000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">32533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00700000	<hr/>		D	G			00000000	00000000	32533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																							
		25533412	21433552																						
		00000000	00700000																						
		<hr/>																							
D		G																							
00000000		00000000																							
32533411		11433553																							
<hr/>																									
B																									
<p style="text-align: center;">(Creation, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

F  
Royauté du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina  
Hôpital des Spécialités

المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا  
الطب المصحة  
الاستشفاء من المرض



الطب المصحة  
الاستشفاء من المرض  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

Docteur : Docteur N. BIROUK  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107597

Rabat, le : 21/01/2020.

N° Naoufi Fouad

1) Riluzole 50mg

~~139.04~~  
~~1 capsule x 15j~~

~~270.10~~ 1 capsule x 21j en traitant régulier

2) Trovastat (vit E 500mg)

1 capsule x 21j

Traitements usuels de 03w,

Docteur N. BIROUK  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107597

Selarl PHARMACIE DES CHAMPS  
Rue Charles Cottet AU  
43 RUE DE LA  
78000 VERSAILLES  
Tél. 01 39 13 56 70  
Fax 01 39 13 56 70  
78 271214 5



Adulte

# Riluzole arrow®

50 mg



Comprimés pelliculés  
Voie orale

arrow  
generiques

Riluzole arrow®

50 mg

**COMPOSITION :** Chaque comprimé pelliculé contient 50 mg de riluzole.

**MISES EN GARDE SPÉCIALES** Lire la notice avant utilisation.

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

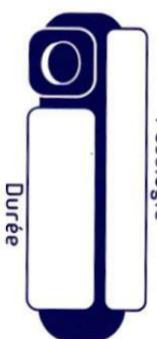
Plaquettes thermoformées (aluminium/PVC) : conserver les plaquettes thermoformées dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.

À conserver à une température ne dépassant pas + de 25 °C.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I  
Médicament soumis à prescription médicale restreinte



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice



50 mg

Posologie

Durée

Riluzole arrow®

Riluzole arrow®

50 mg

**Titulaire/Exploitant**

**ARROW Génériques**  
26 avenue Tony Garnier  
69007 Lyon

Médicament autorisé n° : 34009 393 493 8 1



3400939349381



Adulte

# Riluzole arrow®

## 50 mg



Comprimés pelliculés  
Voie orale

arrow  
generiques

Riluzole arrow®

50 mg

**COMPOSITION :** Chaque comprimé pelliculé contient 50 mg de riluzole.

**MISES EN GARDE SPÉCIALES** Lire la notice avant utilisation.

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

Plaquettes thermoformées (aluminium/PVC) : conserver les plaquettes thermoformées dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.

À conserver à une température ne dépassant pas + de 25 °C.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I  
Médicament soumis à prescription médicale restreinte



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice



Posologie

50 mg

Riluzole arrow®

50 mg

Titulaire/Exploitant

ARROW Génériques  
26 avenue Tony Garnier  
69007 Lyon

Médicament autorisé n° : 34009 393 493 8 1



3400939349381



**Docteur N. BIROUK**  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107597

Rabat, le : 21/01/2020.

Naouf Fouad 139,36 €

1) Riluzole 50 mg

$$1 \text{ cpli} \propto 1 \Gamma_j$$

1 copie à 2/1 en faire tout régulier

2) Tensco. (Vit E 500 mg)

1 capsule x 2 li

Traject huiselijk apotheek **APOTHEEK ERAS**  
Winkelstraat 10

**APOOTHEEK ERASMUS B.V.**

West Kruiskade 21<sup>a</sup>  
3014 AK ROTTERDAM  
Tel.: 010-4129331  
Fax: 010-4113397

~~Docteur N. BIROUK  
Pr. de Neurologie  
Hôpital des Spécialités-Rabat  
INPE : 101107597~~

BENU Erasmus' Apotheek CéFi Tel: 010 4129331  
Mevr. L.M. Soema - Verdier, Apotheker  
West-Kruiskade 21a  
3014 AK Rotterdam

21-01-2020 SPECI M/21-01-1940 AI03272/1LU  
Dhr. Maaroufi AVENU 13  
60 ST RILUZOL TABL OMH 50MG  
volgens voorschrift  
Kan het reactievermogen beïnvloeden  
Pas op met alcohol  
\* \* spieren \* \*

Verpakt door CF Apotheek Brocacef EHV FB van Baarda, apotheker

## 60 filmomhulde tabletten

**SANDOZ** A Novartis  
Division

## Riluzol Sandoz® 50 mg, filmomhulde tabletten

Elke filmomhulde tablet bevat 50 mg riluzol

## 60 filmomhulde tabletten — voor oraal gebruik

**SANDOZ** A Novartis  
Division



8 712371 011623

RVG 106635 U.R.

### Lees voor gebruik de bijsluiter.

Buiten het zicht en bereik van  
kinderen houden.

Sandoz B.V., Veluwezoom 22,  
Almere

KWITANTIE VOOR: DATUM: 21-01-2020

Dhr. Maaroufi  
 Avenue my Adekkah 13  
 Temara

Code/Arts	Zi-nr Omschrijving	Materiaal	Tarief	WMG	Bijbetaling	Bedrag	BTW
<b>Betreft Maaroufi, 21-01-1940/M</b>							
S /SPECI	15822745 60 ST RILUZOL TABL OMH 50MG	123,34	16,02	97		139,36	11,51

## VOORSCHRIFT VAN:

H = HUISARTS  
 S = SPECIALIST  
 V = VERLOSKUNDIGE  
 T = TANDARTS  
 HS = HUISARTS OP ADVIES SPECIALIST  
 HV = HANDVERKOOP

IBAN: NL64 INGB 0005 6291 36

K.v.k. Rotterdam nr. 24152972

Op al onze leveringen zijn de algemene apotheek verkoop- en betalingsvoorwaarden van toepassing (z.o.z.).



RECEPTNUMMER	TE BETALEN
1104912P/AI03272	139,36

KWITANTIE VOOR: DATUM: 21-01-2020

Dhr. Maaroufi  
 Avenue my Adekkah 13  
 Temara

Code/Arts	Zi-nr Omschrijving	Materiaal	Tarief	WMG	Bijbetaling	Bedrag	BTW
<b>Betreft Maaroufi, 21-01-1940/M</b>							
S /SPECI	15822745 60 ST RILUZOL TABL OMH 50MG	123,34	16,02	97		139,36	11,51

Apotheek ERASMUS b.v.

21 JAN. 2020

VOLDAAN

DUPLIKAT

## VOORSCHRIFT VAN:

H = HUISARTS  
 S = SPECIALIST  
 V = VERLOSKUNDIGE  
 T = TANDARTS  
 HS = HUISARTS OP ADVIES SPECIALIST  
 HV = HANDVERKOOP

IBAN: NL64 INGB 0005 6291 36

K.v.k. Rotterdam nr. 24152972

Op al onze leveringen zijn de algemene apotheek verkoop- en betalingsvoorwaarden van toepassing (z.o.z.).



RECEPTNUMMER	TE BETALEN
1104912P/AI03272	139,36

PHARMACIE DES CHANTIERS  
Mme COLBEAU Hélène  
43 Rue des Etats Généraux  
78000 VERSAILLES  
France

Siren 810149641  
TVA intra FR57810149641  
Code NAF 4773Z  
Tel 0139502881  
Fax 0139495676  
Finess 78 2 71214 5

Ticket no 167650  
7 IN  
Le 06/02/2020 18:01:57 Caisse 01

108964 Fouad MAAROUFI

Code Produit	Qté x Prix TTC	Mt TTC
RILUZOLE 50MG ARROW CPR 56 3400939349381	2 x 139,04	278,08
Total TTC en EUROS :		278.08

*Kuros*

Nombre d'articles : 2  
Dont honoraires de dispensation : 2,04

Mt HT	Taux TVA	Mt TTC
272.36	2.10	5.72 278,08

Règlement en CARTE BANCAIRE : 278,08