

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

- 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

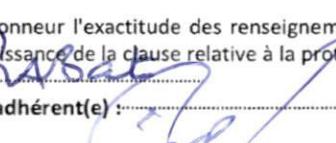
N° W19-555235

ND: 35506

Couleur noir

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1690	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MAAROUF JAMAL EDDINE	
Date de naissance :		07/08/1944	
Adresse :		Secteur 8 Résidence Jallaouen 3ème étage Appart 3 Ave Agdal 20000 Rabat	
Tél. :		06 69 15 17 44 Total des frais engagés : 55,10 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : MAAROUF JAMAL EDDINE 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 : Rabat Le : 31/05/2020
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-555235	
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 :	1690
Nom de l'adhérent(e) :	MAAROUF J
Total des frais engagés :	55,10 Dhs
Date de dépôt :	27-05-2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

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 : 31/05/2020

FACTURE N°: 4175/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	BRONCHATHIOL SIROP AD.	31,20	7	31,20
1	GLUCOPHAGE 850MG.30 COMPS(PM)	23,90		23,90

TVA 7%: 2.04 Total : 55,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE CINQ DIRHAMS ET DIX CTS



COOPER
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca

Sous licence de Merck Santé s.a.s.

Pharmacien responsable : Amina Daoudi

N° d'AMM : 139 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كور فارما

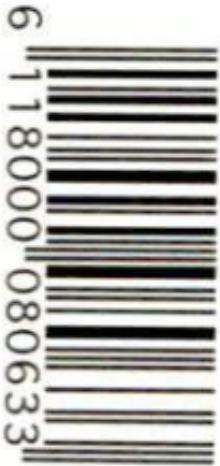
زنقة محمد الدبوري 20110 الدار البيضاء

تحت رخصة ميرك سانتييه ش.م

الميدلی المسؤول : أمينة الداودي

Glucohage® 850 mg

30 Comprimés pelliculés



MERCK

گلیکوفاج 850 مجم
كلورهيدرات الميتفورمين
30 قرصاً مغلفاً

عن طريق الفم

ADULTE



150 ml

Solution Buvable

FLUIDIFIANT
des voies
respiratoires

BRONCHATHIOL®

Carbocisteine 5%

31,20

PPA A44
PER LOT 1498

ADULTE

BRONCHATHIOL®

Carbocisteine 5%

6 118000 040132

Carbocisteine 5%
Solutioin Buvable 150 ml



BRONCHATHIOL® ADULTE

AMM N° 01/15 DMP/21/NTO

- Conservatior.
- Pas de precautions particulières de enfants.
- Tenir hors de la portée et de la vue des la nofice inlerme.
- Posologie, contre indications, mises en garde et surdosage, lire attentivement prospecto, contre indications, mises en garde et surdosage, lire attentivement d'expedioration.
- Bronchathiol® Adulte expediorant est prescrits en cas d'affections respiratoires reçantes avec difficulte d'expedioration.
- Bronchathiol® Adulte expediorant est posologie, contre indications, mises en garde et surdosage, lire attentivement la notice inlerme.

150 ml

Solutioin Buvable

FLUIDIFIANT
des voies respiratoires

Carbocisteine 5%
BRONCHATHIOL®