

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° W19-557095

40733

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01690	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL SABINE			
Date de naissance : 07-08-19X4			
Adresse : 127Eur 8, RÉSIDENCE SOUSSAAR, Im 8, APP 3 - AVF A.DJOLB 4144 Ryad - RABAT			
Tél. : 0664171744	Total des frais engagés : 49,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21 SEP. 2020			
Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL SABINE MUPRAS			
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
 Signature de l'adhérent(e) : C. Sabine

Le : 22/08/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-557095	
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 J
Total des frais engagés : 49,30 Dhs	Date de dépôt : 22-08-2020

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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	27/06/20	49130
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

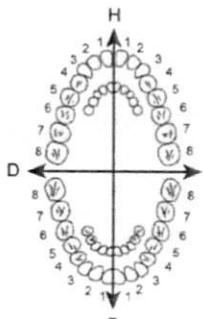
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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"/>
.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
.....	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
.....	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

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

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MAAROUI JAMALEDDINE

I.C.E. :

Le : 27/06/2020

FACTURE N°: 4182/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE GELULES /16	15,30	7	15,30
1	LIPOSIC GEL OPHTA	34,00	7	34,00

TVA 7%: 3.23

Total : 49,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CTS



دوليفان Dolifevan

مليغ 500

باراسيتامول

Doliprane® 500 mg ○

PARACETAMOL

16 GÉLULES



6 118000 041378



ابتداء من كلغ 27

عن طريق الفم
من برشمة 16

بـ ٣٠ مل من الكازاريلاتين - مل من العسل - الماء - مسحوق
من النشا - مسحوق معدلي

COMPOSITION

Paracetamol.

Excipients dont jaune orangé S

INDICATIONS

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué dans les maladies avec douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Chez l'adulte et l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

Doliprane® 500mg

PARACETAMOL



à partir de 27 kg

DOLU s.a.
B2 Allée des Cailloux, Abidjan - Côte d'Ivoire
S. Achouchi / Pharmacien Responsable

15,30

PPV 150 H 30
PPI 02/22
LOT 1536

Vie orale
16 GÉLULES



Gel ophtalmique
Carbomère 980

COMPOSITION : Carbomère 980 - ---

Excipients : (cétrimide, sorbito moyenne, hydroxyde de sodium
Tube de 10 g.

2 مغ. السواغات هي : (سيتر咪德،
ثبة متواضعة السلسلة، صوديوم
كل. ل 100 غ. أنبوب سعة 10 غ.

لبيوزيك

هلامة للعين
كاربومير 980

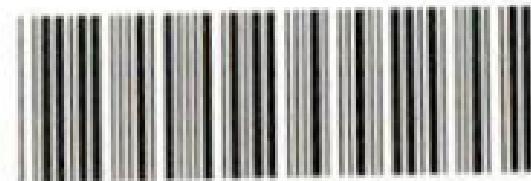
نº 359 310-1

133/08
71

LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

دواء مرخص
م.ت الجز
تونس AMM

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin



* 3 5 9 3 1 0 1 *