

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

- Reclamation : 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-557647

40739

<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 EDDINE			
Date de naissance : 07-08-1946			
Adresse : 13757 Rue J. J. Rousseau, 3ème étage, 10000, Casablanca, Maroc, Rabat			
Tél. : 0664111111	Total des frais engagés : 46,70 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : MAAROUFI 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 : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-557647
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 EDDINE	
Total des frais engagés : 46,70 Dhs	
Date de dépôt : 10/07/2020	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/2013	46,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

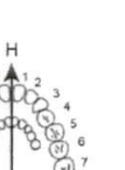
Important :

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	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

INVENTAIRE DENTAIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
<p>DATE DU DEVIS</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															

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° ID.F. : 34527237

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

MR JAMALEDDINE MAAROUI

I.C.E. :

N° CNSS : 34527237

N° ICE 000740258000078

Le : 10/07/2020

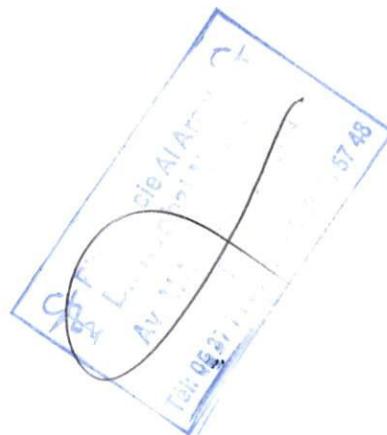
FACTURE N°: 4200/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CORVASAL 2MG COMPS/30	46,70		46,70

Total : 46,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS





CORVASAL® 2 mg



molsidomine

Voie orale / Oral use

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V : 46,70 DH

6 118001 080335

30 Comprimés sécables / Scored tablets

sanofi aventis

Composition :
molsidomine 2 mg
Excipients q.s.p un comprimé
Excipient ayant un effet notoire : lactose

Composition:
molsidomine 2 mg
Excipients q.s.f one tablet
Excipients known to have a recognized effect: lactose

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
A conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Read carefully the package insert before use.
Do not store above 25°C.
Protect from light.
Keep out of the reach and sight of children.

Per / Exp :

Fab/Mfg :

Lot/Batch :

05/2022

90 / 19

91RP

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**
تعنى بالجرعات الموصولة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
موجاً بحسب فحص بناء على وصفة طبية - لائحة ا

sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris - France

Fabricant/Manufacturer: sanofi-aventis, S.A.
Ctra. C-35 - La Batlloria a Hostalrich, Km 63,09
17404 Riells i Viabrea (Girona) - Espanya/Spain

Médicament autorisé/Authorized
medicine n° 324 108.1

3 582910 0363388