

## 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

- 01 Réclamation : contact@mupras.com
- 02 Prise en charge : pec@mupras.com
- 03 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° W19-600342

54718

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1690      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDJINE  
 Date de naissance : 02.08.1944  
 Adresse : Secteur 8 Résidence Joulhaouar Im 8 APO 3 Ave. ADOUB JAW RYAD DABAE  
 Tél. : 0664121244      Total des frais engagés : 49,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : MAAROUFI JAMAL EDJINE      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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DABAE      Le : 30/12/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-600342

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) : MAAROUFI JAMAL EDJINE  
 Total des frais engagés : 49,30 Dhs  
 Date de dépôt : 30-12-2020

**RELEVÉ 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 |
|--|------|-----------------------|
|  |      | 69,30                 |

**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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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.

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

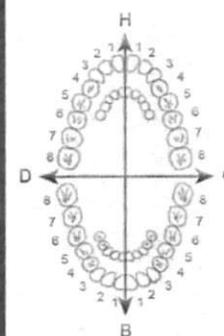
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|  |  |
|--|--|
|  | 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"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ALARAAR  
MME KABBAJ NAWAL  
AV EL ARAAR ILOT 9 LOT 2 RIAD- RABAT  
RABAT

MAAROUFI JAMAL EDDINE

I.C.E. :

Taxe Profes. N°: 25564315

N° R.C. : 78752

N° CNSS : 34527237

N° ID.F. : 34527237

N° ICE 000740258000078

Tel : 037 710627

Fax 037 565748

Le : 29/10/2020

FACTURE N°: 4430/20

| 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 TRENTE CTS

Pharmacie Al Araar  
Dr. Kabbaj Nawal  
Av. Al Araar - Ryad  
Rabat  
Tél: 05 37 71 06 27 / 05 37 58 57

# دولبران®

## باراڤيتامول 500 ملغ

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL  
16 GELULES



ابتداء من 27 كلغ

عن طريق الفم  
برشمة 16

**b** بوتي س.أ.  
ش.م.م. الكازيمبار - عين الصالح - الدار البيضاء  
من التصدير - ميداني سولون

### COMPOSITION

Paracétamol..... 500 mg  
Excipients dont jaune orangé S..... q.s. pour une gélule

### 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

**b** BOITU s.a.  
82, Allée des Casbahs - Ain Seïcha - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale  
16 GELULES

PPV 150DH30  
PER 00/20  
LOT 120208 1 1



**liposic**<sup>®</sup>

**Gel ophtalmique**  
Carbomère 980

**ليپوزيك**

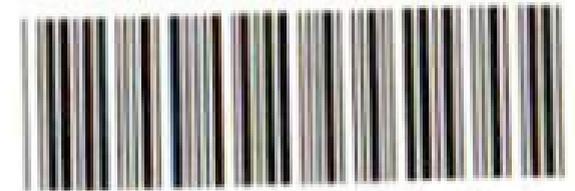
**هلامة للعين**  
كاربومير 980

**Bausch & Lomb**  
Laboratoire Chauvin

**COMPOSITION** : Carbomère 980 : 200 mg.  
Excipients : (cérimide, sorbitol, triglycéride  
moyenne, hydroxyde de sodium, eau purifié)  
Tube de 10 g.

يمير 980: 200 مغ. السواغات هي: (سيتريميدي،  
بيريدات الثلاثية متوسطة السلسلة، صوديوم  
ماء مطهر) ك.ك.ل 100 غ. أنبوب سعة 10 غ.

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



\* 3 5 9 3 1 0 1 \*