

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

RAS : 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° S19-0000064

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13293 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL JAZZARI Hicham Date de naissance : 27.11.1981
Adresse : N° 66 Rue El Bourat MARIÉ Casablanca
Tél. : 066.1.87.22.49 Total des frais engagés : 422,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/07/2020
Nom et prénom du malade : EL JAZZARI Hicham Age : 32
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Vaccination obligatoire
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 : Casablanca Le : 10/07/2020
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL SIEGE RAM

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
14/07/20			250,00	Dr. Ahmed SEFIAN PEDIATRE 10, Avenue Stendhal 2 ^{ème} Etage Apt 6 Casablanca Tél: 05 22 23 82 91 - 05 21 61 17 25 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية فال فلوري PHARMACIE VAL FLEURI Mme. MEKNASSI Asmaa 87 Av. Stendhal - Casablanca Tél: 05 22 23 24 80	14/07/20	178,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

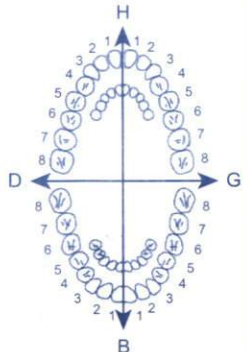
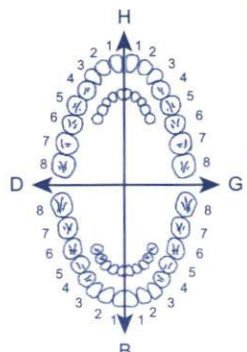
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EX

Docteur Ahmed SEFIANI
PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Néonatalogie Nourrissons - Enfants

89, Avenue Stendhal 2^{ème} Etage Appt. 6 Quartier Val fleuri
Casablanca
Tél. : 0522 238 831 - GSM : 0661 172 518

الدكتور أحمد السفياني

إختصاصي في أمراض
الرضع والأطفال

خريج كلية الطب ببوردو

89، شارع ستندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 فال فلوري

الدار البيضاء

الهاتف : 0522 238 831 - GSM : 0661 172 518



Casablanca, le : 14/07/20 : الدار البيضاء في

N^{Bre} EL JAZZARI ↑ Jas

صيدلية فال فلوري
PHARMACIE VAL FLEURI
Mme. MEKMASSI Asmaâ
87, Av. Stendhal - Casablanca
Tél.: 05 22 23 24 80



12 jours

20,90

✓ Vit D3 8000 Ag 1/1

far. par act. refer



61,20

✓ BCG ID (1)



89,90

3/ Act. GAS fb suvle

172,00

1/ Soe 7fb x 20/27

Dr. Ahmed SEFIANI
PEDIATRE

89, Avenue Stendhal 2^{ème} Etage Appt. 6
Quartier Val Fleuri - Casablanca
Tél. : 05 22 23 24 80 - GSM : 06 61 17 25 18



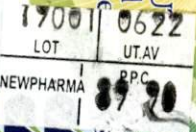
7845

Anti Gas[®]

Oral Solution

Drops

- relieves the gastrointestinal system from
- artificial sweetener
- alcohol



30 ml

✓
Pressure
Bloating
Discomfort

Fabriqué par:



27, Rue de Kalyftaki, Kifissia, Attica, Grèce
www.intermed.com.gr Made in EU

Distribué par:

NEWPHARMA



6, Rue des Ecoles,
Quartier Berger, 20380 CASABLANCA
Tel. +212 05 22 251 259

5



205152 009450

LOT

↓
EXP

Ce paquet contient une ampoule de 1ml de
l'injection de chlorure de sodium pour la reconstitution

INSTITUT PASTEUR D

1 Place Louis Pasteur 20360, C

AMM N° 638/15 DMP/21/NCF

PPV : 61,20 DHS

"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

The logo for SII (Société Industrielle d'Injections) is located in the top left corner. It consists of the letters 'SII' in a white, sans-serif font, set against a black triangular background.

1 ml

VACCIN BCG

(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)



BATCH MAN 0919
HP358 EXP 0823

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / مُصنِّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE