

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 canaux, 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 canaux.

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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-448528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22293**

Matricule : **594** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **veuve**


Nom & Prénom : **HALLOU M. R.**

Date de naissance :

Adresse : **Bd M. R. Benbeni K2 N°53 Boulogne**

Tél. : **661450263** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **24 FFV. 2020**


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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
|  PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L. A.U. Avenue Mehdi Ben Beika Bourguigne CASABLANCA | | 48.40 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

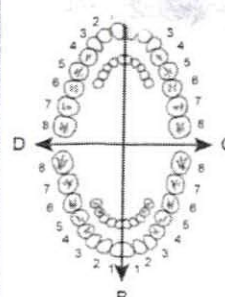
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

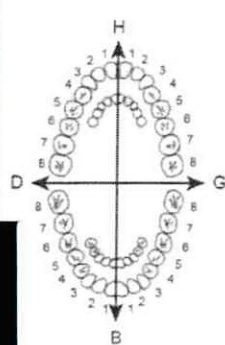
Le patient a été traité par :

Important :
Veuillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



Posologie et mode d'administration:
BIEN AGITER AVANT USAGE.

Adultes et enfant de plus de 12 ans : 10 ml après les repas et au coucher.

Indications

Chaque dose de 10ml (2 cuillères à soupe) contient 106 mg de sodium (4.6 mmol) et 78 mg (2.0 mmol) de potassium. Ces teneurs doivent être prises en compte en cas de régime sans sel strict, par exemple, lors de certaines insuffisances cardiaques congestives ou de dysfonctionnement al, ou lors de la prise de médicaments pouvant augmenter les plasmatiques de potassium.

DISPONIBLE EN PHARMACIE UNIQUEMENT

غافسكون أدفانس

CON

ADVANCE

AROME ANIS

IDE ET PUISSANT

d'estomac & indigestion ●
Formule extra puissante ●
Effet Longue Durée ●

نكهة النيسون

| MONTANTS DES SOINS | | DEBUT D'EXECUTION | | FIN D'EXECUTION | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | MONTANTS DES SOINS | | DATE DU DEVIS | | DATE DE L'EXECUTION | |
|--------------------|--|-------------------|--|-----------------|--|-------------------------|--|--------------------|--|---------------|--|---------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EL MANAR

Mme Naïma EL AMRANI

Diplômée de la Faculté de Paris

Rue Mehdi Ben Barka

Hay Tassahoul - Bourgogne

Téléphone : 022.26.13.72

C.N.S.S. : N° 47063

Casablanca

N° 0000463

صيدلية المنار

نعيمّة العمراني

صيدلية من كلية باريس

زنقة المهدي بن بركة

حي التساهل - بوركون

الدار البيضاء

الهاتف : 022.26.13.72

ص.و.ض.ج. : رقم 47063

Casablanca, le

16/02/2020

الدار البيضاء, في

M *YALLOU Aiche*

السيد

| | | |
|---|----------------|-------|
| 1 | GAVISCON sirop | 48.40 |
|---|----------------|-------|

Quarante huit dirhams 40 cents

[Signature]
PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U
48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
CASABLANCA