

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-548191

54875



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

54875

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Adel

Abdelhaouid

Date de naissance :

18/04/52

Adresse :

23 Rue Ibnou HABIB Maatif, CASA

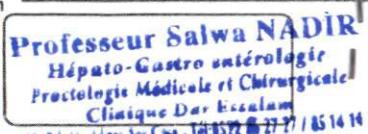
Tél. :

0661 31 15 42

Total des frais engagés : 1369,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08

10/10/2020

Nom et prénom du malade :

El Hachemi Adel

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION DÉGÉNÉRATIVE

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

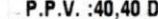


## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08.10.2020	5		TUT	INP : 91028860

Professeur Salvatore NADALI  
Hépato-Gastro-entérologue  
Réalopologie Médicale et Diététique  
et Clinique Des Maladies  
Digestives

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme ZINNEB BEN 65, Bd Yacoub El Mansour 255204 - Casablanca	08/10/2020	Pharmacie ZINNEB BEN Mme ZINNEB BEN 63-65 Bd Yacoub El Mansour 1022255204 35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des <i>Constituants</i>
.....	.....	<b>METEOSPASMYL® B 20 caps molles</b>
.....	.....	Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
.....	.....	P.P.V. : 40,40 DH
.....	.....	Distribué par COOPER PHARMA
.....	.....	41,rue Mohamed Diouri - Casablanca
.....	.....	
.....	.....	6 118001 100293

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

# Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"  
Echographie et Endoscopie Digestives  
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"  
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"  
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى نديير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب  
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء  
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
التشخيص بالمنظار والصدى  
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le ..... 08.10.2020 ..... الدار البيضاء، في

## Mme EL HAOU EP ADEL Rabiaa

Prendre :

### 1 - FERPLEX

1 flacon le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois.

### 2 - D-CURE FORTE

1 ampoule par mois pendant 3 mois

### 3 - METEOSPASMYL GELULES

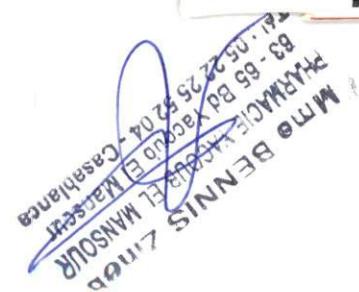
2 gélules le matin et le soir, avant le repas, pendant 15 jours.

### 4 - NEOVIMAG GÉLULES

1 gélule le soir, après le repas, pendant 1 mois.

### 5 - OSMOSINE SUSPENSION BUVABLE

2 cuillères à soupe le soir en cas de constipation



Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - 120، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، رقم 10 - 120، شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 27 86 - 05 22 86 34 39 - مصحة دار السلام، 728، Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 05 22 85 14 14 - البريد الإلكتروني : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : salwanadir@yahoo.fr

Lot : NV24  
A consommer avant le : 04/2023  
PPC: 84.50 DH