

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.

Diagnostic 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

- 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.

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° M20- 0000219

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **69596** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5169** Société : **RAM**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **HAMRARRASS TAIBI**
Date de naissance : **30-02-1956**
Adresse : **Itissal 2 BN elghenna N° 10**
Casablanca
Tél. : **0603392662** Total des frais engagés : **615,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Mohamed Slaoui**
Spécialiste: Hépat - Gastro - Entérologue
Proctologie Médico - Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya, Angle Bd Abdelmoumen
6ème Etage, "IMM. RENAULT" - Casablanca, MAROC
Tél: 05 22 23 78 83 - Tél / Fax: 05 22 23 78 83
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 :
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 : **04/05/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
04 AVR. 2021	V2		300

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADIB 181, Bd. Reda Gdida Ben M'sik - Casablanca Tel: 05 22 37 39 36	20/24/21	217,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

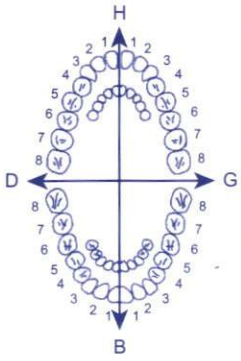
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 20 AVR. 2021 في الدار البيضاء

HAMRASS TOUOUS

118/80

190R 200g

98/80 22

NEOORTAN 200g

214/30

PHARMACIE ADRIAN
181, Bd. Renaudie
Ben Misk - Casablanca
Tél.: 05 22 37 39 36

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI
Spécialiste en Hépatologie • Gastro • Entérologie
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2^{ème} étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers • Casablanca, Maroc
Tél.: 05 22 23 78 83 - Tél. Fax: 05 22 25 99 87 - Urgence: slaouimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps

NEOFORTAN® ○

10 comprimés effervescents **160 mg**



6 118000 031697

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2023
LOT 080254

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 01/2024
LOT 000393

IXOR® 20 mg ○

28 comprimés effervescents



6 118000 032809

IXOR® 20 mg

28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 12/2022
LOT 090332