

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-534121

ND: 50252

|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie            | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique            | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |                                       |   |                                 |
| Matricule : 1487                            |                                       | Société : RAM RETRAITE RAM SALAHI           |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : MARIGHI HOUSSAIN             |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 30.06.1950              |                                       |   |                                 |
| Adresse : 607 AL ADARISSE N° 126 Casablanca |                                       |   |                                 |
| Tél. : 05 22 20 45 45                       |                                       | Total des frais engagés : Dhs               |                                 |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   | Dr. ITHAM EL JAOUI Cardiologue 98 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28           |
| Date de consultation :  | 10/10/2010   |
| Nom et prénom du malade :   | SABRAK YOUSSEF MACHOUR SABRAK  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Angiopathie artérielle + HTA + Diabète   |
| 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 : 10/09/2010  
Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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 |
| 10/12/2012                     | 2                 |                       | 300,00                          | INP : 081(AA)4/11  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date                                      | Montant de la Facture |
|--|---|-----------------------|
| MARIE-PIERRE BACHELLE, Pharmacienne<br>5, rue de la Papeterie<br>91 CORBEIL-ESSONNES | 02/11/2020 (Fact N° 104989)<br>10/11/2020 | 61,87 €<br>2772,00    |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **RELEVE 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                           | Nature des Soins          | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                  |
|--|--|---------------------------|--|---|
|  |  |                           |  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |  |                           |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>     |
|  |  |                           |  | DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>      |
|  |  |                           |  | FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>        |
| O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |                           |  |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000                | G<br>21433552<br>00000000 |  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| D<br>00000000<br>35533411  | G<br>00000000<br>11433553                |                           | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |   |
| B<br>H<br>G  |  |                           | DATE DU DEVIS <input type="text"/>       |   |
|  |  |                           | DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> |   |
| <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |  |                           |  |   |

**valable 3 mois**

Le ...10/03/20...

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au **Dr Ilham EL JAQUI** conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

58 Rue Moussa 1er Etage  
Casablanca Tel: 05 22 27 15 28

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SARBAR ep. HAFIDH

Présente

Gelis pell soleng + Protel + NDA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Jap. Lice

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Ilham EL JAQUI  
Cardiologue  
58 Rue Moussa 1er Etage  
Casablanca Tel: 05 22 27 15 28

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

**Dr. Ilham EL JAOUI**

Spécialiste en Cardio-vasculaire  
ECG, HOLTER, Epreuve d'effort  
Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوى إلهام  
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
استكشافات القلب والأوعية الدموية  
التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le..... 10/10/2015

Mme SABBAR op Moshé El JAOUI  
Dr. Ilham EL JAOUI  
Cardiologue  
68 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage  
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28/33

316.00 x 3

✓ Elavir my NS

35.70 x 4

✓ Kardepu my NS

99.00 x 3

✓ LDNR 20ug 1yp le mat

84.80 x 2

✓ Lysen 80g 1yp le mat

150.40 x 4

✓ Vesterel 30ug (yo. a U)

28.00 x 6

✓ Glucophage 1000g 1yp & U

44.70 x 2

✓ Drox 100g 80g 1yp le mat

77.80

✓ Berberine 100mg 1yp le mat

92.60 x 3

✓ Drax 25g 100g 1yp le mat

81

**Traitement 3 Mois**

58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1<sup>o</sup> étage, 20060 Casablanca

Tél.: 05 22 27 15 28/33 - E-mail : eljaoui82@gmail.com

Dr. Ilham EL JAOUI  
الطبقة الأولى، الدار البيضاء  
Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage  
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28/33

272,00

En cas d'urgence : 06 62 06 04 75



6 118001 100842  
Cardensiel® 1,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 77,80 DH

44,70

44,70

150,40

160,40

150,40

(50 X 28 X 114) mm

VASTAREL 35 mg

150,40

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189  
LOT : 20E014  
PER : 11/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189  
LOT : 20E014  
PER : 11/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189  
LOT : 20E014  
PER : 11/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189  
LOT : 19E007  
PER : 04/2021

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Plavix 75 mg cp psl b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bno al souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21/NRQ P.P.V : 92,60 DH  
6 118001 020591

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Plavix 75 mg cp psl b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bno al souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21/NRQ P.P.V : 92,60 DH  
6 118001 020591

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Plavix 75 mg cp psl b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 081257

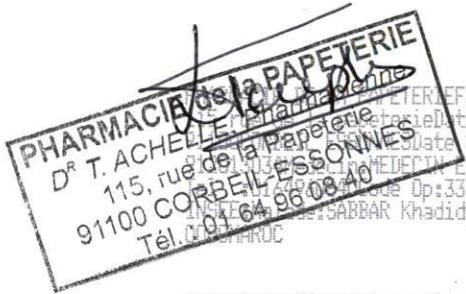
PPV: 84DH80  
PER: 03/23  
LOT: J683

PPV: 84DH80  
PER: 06/23  
LOT: J1902

LOT : 200130  
UT AV : 01/2023  
PPV : 99,00DH

LOT : 200175  
UT AV : 01/2023  
PPV : 99,00DH

LOT : 200379  
UT AV : 02/2023  
PPV : 99,00DH



QTEDESIGNATIONCIPPPrix/UBaseSSHDTxSS

1PLAVIX CPR 75MG340093802220910,79 -1,02 0

300ndo: 149537Lot: 00003

1KARDEGIC PDR 16034009332473792,05 -1,02 0

MG SACH 30Lot: IM0533

1ATORVASTATINE 2034009301830524,36 -1,02 0

mg B/30 Cp pellndo: 149538Lot: LC53612

1COSART BIOGARAN34009389665273,75 -1,02 0

50mg Cpr pesé PIOrdo: 149539Lot: LC54140

1TRIMETAZININE 3534009379992059,90 -0

MG BGR CPR LM 600ndo: 149540Lot: 664079

2METFORMINE 1000M34009377183302,06 -1,02 0

g B/30 BIOGARANndo: 149541Lot: MYC0529

1GLICLAZIDE 60MG34009275862312,92 -1,02 0

B/30CPR LM BIUGOrdo: 149542Lot: 3044463400927586231

1BISOPROL RGR 1,234009352954084,13 -1,02 0

5mg Cpr pell PIOrdo: 149543Lot: GOOFEH

1INEXIUM 20 MG 2834009355334326,28 -1,02 0

CPRndo: 149544Lot: ZCZH

1Honor. dispens.0,31 - 0

HC

1Honor. dispens.0,51 - 0

HDR

1Honor. dispens.3,57 - 0

HDE

MONTANT TOTAL :61,87MONTANT AMD :0,00

MONTANT AMC :0,00MONTANT ASSURE :61,87

Ces montants s'entendent, ayant application, le cas échéant,  
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la  
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

joindre la prescription  
sauf si renouvellement**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

numéro de facture (facultatif)

104989

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale.  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date J J M M 02 11 2020

**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)**

nom et prénom SABBAR Khadidja

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A 1

**ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))**

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

0000 MAROC

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

DR ACHELLE TEVYDEN

10100008571

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA PAPETERIE  
115 rue de la papeterie  
91100 CORBEIL ESSONNES  
912013034

ANNULE ET REMPLACE 104079

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION de la STRUCTURE****IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom MEDECIN ETRANGER

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)**SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**

date de la prescription médicale 10092020 date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES****tarification détaillée**

| Prest | CIP/Ref.      | LPP(Ut) | Homeo | Decon- | Qte     | PU   | Mt | Fact | Libelle                | Nb btes | Mod.  | Indic. | Date      | Date    |
|-------|---------------|---------|-------|--------|---------|------|----|------|------------------------|---------|-------|--------|-----------|---------|
|       |               |         | c.    | lab    | dition. |      |    |      |                        | utili.  | presc | Subst. | debut loc | fin loc |
| HD7   |               |         |       |        | 1       | 1,02 |    | 1,02 | Honor. dispens. HD7    |         |       |        |           |         |
| PH7   | 3400935295408 |         |       |        | 1       | 4,13 |    | 4,13 | BISOPROL BGR 1,25mg Cp |         |       |        |           |         |
| HD7   |               |         |       |        | 1       | 1,02 |    | 1,02 | Honor. dispens. HD7    |         |       |        |           |         |
| PH7   | 3400935533432 |         |       |        | 1       | 6,28 |    | 6,28 | INEXIUM 20 MG 28CPR    |         |       |        |           |         |
| HD7   |               |         |       |        | 1       | 1,02 |    | 1,02 | Honor. dispens. HD7    |         |       |        |           |         |
| HC    |               |         |       |        | 1       | 0,31 |    | 0,31 | Honor. dispens. HC     |         |       |        |           |         |
| HDR   |               |         |       |        | 1       | 0,51 |    | 0,51 | Honor. dispens. HDR    |         |       |        |           |         |
| HDE   |               |         |       |        | 1       | 3,57 |    | 3,57 | Honor. dispens. HDE    |         |       |        |           |         |

Imprimer les codes à barres

coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

facture acquittée

PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

6 1 , 8 7

feuille 2/2

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

signature du pharmacien  
ou du fournisseurimpossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est puni de 10 ans d'emprisonnement, d'une amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des soins et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)****PERSONNE RECEVANT les SOINS** (*la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur*)

nom et prénom SABBAR Khadidja

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A 1

**ASSURE(E)** (*à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e)*)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**

0000 MAROC

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**

DR ACHELLE TEVYDEN

10100008571

**PHARMACIEN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA PAPETERIE  
115 rue de la papeterie  
91100 CORBEIL ESSONNES  
912013034

ANNULE ET REMPLACE 104079

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom MEDECIN ETRANGER

identifiant

raison sociale

n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**date de la prescription médicale 10092020 date de l'accord préalable (*le cas échéant*)XX **MALADIE** (*si exonération du ticket-modérateur, cochez une case de la ligne suivante*)**SOINS** dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(*cf. la notice au verso : § précédé de "/\*"*  
*et les recommandations importantes*)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

tarification détaillée

| Prest | CIP/Ref.LPP(Ut) | Homeo | Decon- | Qte     | PU    | Mt Fact | Libelle                | Nb btes | Mod. | Indic. | Date   | Date      |         |
|-------|-----------------|-------|--------|---------|-------|---------|------------------------|---------|------|--------|--------|-----------|---------|
|       |                 |       | c. lab | dition. |       |         |                        | utili.  |      | presc  | Subst. | debut loc | fin loc |
| PH7   | 3400938022209   |       |        | 1       | 10,79 | 10,79   | PLAVIX CPR 75MG 30     |         |      |        |        | U         |         |
| HD7   |                 |       |        | 1       | 1,02  | 1,02    | Honor. dispens. HD7    |         |      |        |        |           |         |
| PH7   | 3400933247379   |       |        | 1       | 2,05  | 2,05    | KARDEGIC PDR 160MG SAC |         |      |        |        |           |         |
| HD7   |                 |       |        | 1       | 1,02  | 1,02    | Honor. dispens. HD7    |         |      |        |        |           |         |
| PH7   | 3400930183052   |       |        | 1       | 4,36  | 4,36    | ATORVASTATINE 20mg B/3 |         |      |        |        |           |         |
| HD7   |                 |       |        | 1       | 1,02  | 1,02    | Honor. dispens. HD7    |         |      |        |        |           |         |
| PH7   | 3400938966527   |       |        | 1       | 3,75  | 3,75    | LOSART BIOGARAN 50mg C |         |      |        |        |           |         |
| HD7   |                 |       |        | 1       | 1,02  | 1,02    | Honor. dispens. HD7    |         |      |        |        |           |         |
| PHN   | 3400937999205   |       |        | 1       | 9,90  | 9,90    | TRIMETAZIDINE 35MG BGR |         |      |        |        |           |         |
| PH7   | 3400939718330   |       |        | 2       | 2,06  | 4,12    | METFORMINE 1000mg B/30 |         |      |        |        |           |         |
| HD7   |                 |       |        | 2       | 1,02  | 2,04    | Honor. dispens. HD7    |         |      |        |        |           |         |
| PH7   | 3400927586231   |       |        | 1       | 2,92  | 2,92    | GLICLAZIDE 60MG B/30CP |         |      |        |        |           |         |

**PAIEMENT****MONTANT TOTAL**  
en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

Imprimer les codes à barres

Coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

l'ordre de la prescription

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration aux fins de garanties financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

LOT 191912  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191912  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH