

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05936**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYOUI HASSAN

Date de naissance :

14/09/64

Adresse :

A 99685

Tél. **0661403847**

Total des frais engagés :

1307,95

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

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 : **81/103/8024**

Signature de l'adhérent(e) :

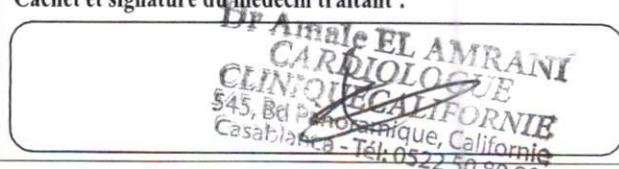


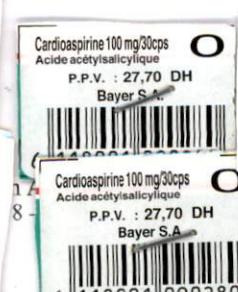
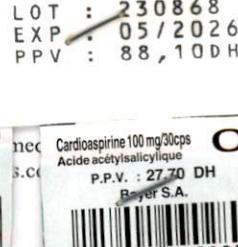
 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE UN AN	Code : PR2FR04
		Version : 02
		Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom : AYOUD HASSAN Matricule : 059336 N° CIN : BE455549 Adresse : Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne : Dr Amal EL AMRANI Spécialité : Cardiologue N° ICE : 091152028 N° INPE : 091152028 Certifie que Mlle, Mme, M. AYOUD Hassan Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> vie		

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HTA + Diabète		
Dont ci-joint ordonnance : Traitement prescrit : Exforge HCT + Cardihor + Hypac + Cardiospirine Anxiol		

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : lome le 24/01/2024		
---	--	--

Cachet et signature du médecin traitant : 		
--	--	--

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées		
		
Center d'affaire Allal Ben Abdellah Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-	6 118001 090007 EXFORGE HCT ○ 10mg/160mg/25mg 28 comprimés pelliculés P.P.V : 310.00 DH	6 118001 090007 EXFORGE HCT ○ 10mg/160mg/12.5mg 28 comprimés pelliculés P.P.V : 310.00 DH
6 118001 090280	6 118001 090280	6 118001 090280

14010033

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
 Boîte de 30 comprimés
 PPV : 113,50 DH
 Servier Maroc - Casablanca

14010033

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
 Boîte de 30 comprimés
 PPV : 113,50 DH
 Servier Maroc - Casablanca

14010033

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
 Boîte de 30 comprimés
 PPV : 113,50 DH
 Servier Maroc - Casablanca

14010033

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
 Boîte de 30 comprimés
 PPV : 113,50 DH
 Servier Maroc - Casablanca

14010033

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg - O
 Boîte de 30 comprimés
 PPV : 113,50 DH
 Servier Maroc - Casablanca



PHARMACIE CHAAB

BABA HABIBA

Page : 1

FACTURE

N° FACTURE :245908

Date : 19/03/2024

Client :

MR AYOUJ HASSAN

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
HYPERIUM COMP	3	113.50	340.50
CARDINOR 25MG 28 COMP	3	88.10	264.30
CARDIO ASPIRINE COMP	3	27.70	83.10
EXFORGE HCT 10MG/160MG/25MG COMP	2	310.00	620.00



PHARMACIE CHAÂB

Rue 226 N° 23-25 Hay

Mly Abdellah, Ain Chok Casab

Tél : 05 22 52 66 17

Total TTC = 1307.90

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE TROIS CENT-SEPT DHS 90 CTS

Bon rétablissement

PAT:34022777/RC:267538/ID : 51003645/ICE :000494720000042/INPE 092018076/ BP1907802121197538021122