

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être correctement 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : 115358

Nom & Prénom : ABRAHATE MILOUD

Date de naissance : 1938

Adresse : Sidi Ferhatou Ben Youssef 2 Boc 13 Rue

21 N° 21 Carré

Tél. : 0665 43 50 43 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1358,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Numéro et signature du Chercheur et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE IBTISSAMA
MME BEN BADY IBTISSAM

Tél : 0522730788

Patente N°: 31638968
N° R.C. : 276394
Compte : 2121154674550004
CNSS : 6092184
Id.Fiscale : 52803212
ICE : 001620174000071

Le : 27/04/2022

HAMROUDI ZOHRA

PHARMACIE IBTISSAMA
Ben Badi Ibtissam
Pharmacie
Casablanca, Tel: 022 73 07 58
N° 43, Mansour 3, Sidi Berrouissi
10067, Casablanca, Maroc

FACTURE : 18251 du : 27/04/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ALPHAGAN COLLYRE	147,50	147,50	0,00%
3	ALPHAGAN COLLYRE	91,50	274,50	0,00%
4	GANFORT 0.3 MG 5 MG/ML FLC	234,00	936,00	0,00%
Total TTC		1358,00		
Droits de timbre			3,40	
Net à payer			1361,40	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE TROIS CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET QUARANTE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 358,00	0,00	1 358,00
		1 358,00	0,00	1 358,00

PHARMACIE IBTISSAMA
Ben Badi Ibtissam
Pharmacie
Casablanca, Tel: 022 73 07 58
N° 43, Mansour 3, Sidi Berrouissi
10067, Casablanca, Maroc