

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.

N° W21-718512

120976

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 22200		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : EL HAMZI NY ALLAOUD		Date de naissance : 31-8-56	
Adresse : 21 rue Sehay Nanderouya Au chah Pass		Tél. : 0660548528	
		Total des frais engagés : 701,- Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 15/5/22

PH DU CARREFOUR
MME SEKKAT SANAA
271 BD IBN TACHFINE
CASABLANCA 20320

Taxe Profes. N°: 31400021

N° R.C. : 230912

N° ID.F. : 46300005

N° CNSS : 2174811

Tel : 0522618365

Fax : 0522618365

el hamzi mouly ahmed

N° ICE 001673617000082

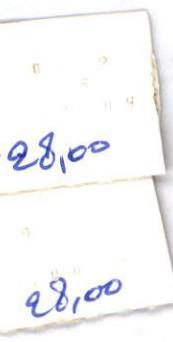
Le : 15/05/2022

FACTURE N°: 3973/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	GLUCOPHAGE.1000MG 30COM	28.00	84.00
1	CRESTOR 10 B28	185.70	185.70
1	NEBILET 5MG COMPS.28	87.50	87.50
1	IRVEL 75MG B30	44.70	44.70
1	CARDIO ASPIRINE	27.70	27.70
1	CONTOUR BANDELETTES	100.00	100.00
1	CAPLOR 75MG B30	171.40	171.40
TVA 7%:		17.87	
TVA 20%:		16.67	
			Total : 701,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SEPT CENT UN DIRHAMS



Maphar
Bd Alkemia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH
Barcode: 6 118001 183111

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01
Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
Barcode: 6 118001 090280

PHARMACIE DU CARREFOUR
Dr. S. B. SANNA
271, Bd Ibnoussafé, Casablanca
Tél: 0522 6183 65

LOT: 21174 PER: 05/2023
PPV: 171,40 DH