

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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



Déclaration de Maladie

N° W19-582305

13166

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00683	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ET 5 APP 10 ASABLANCA			
Tél. 06 63 18 80 44 Total des frais engagés : 808,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie Chronique			
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 : 06/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	N° W19-582305
808,50	
Déclaration de maladie	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 00683	
Nom de l'adhérent(e) : AOUAD M'HAMED	
Total des frais engagés : 808,50	
Date de dépôt :	

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLÓGUE-STIMULISTE

DIPLOME DE LA FAC. DE MEDECINE-RENNES
FRANCE
222 BD ROUDANI -MAARIF-CASA

CASABLANCA, le : 19/07/2022

Ordonnance

M. AOUAD M'HAMED

134,50

1° CO-IRVEL 150/12.5

316,00

2° PLAVIX

27,70

3° CARDIOASPIRINE

4° ZYLORIC 300

157,10

5° NOLIP 10

72,00

6° DETENSIEL 10

50,60 x 2

7° PRINCIB F

808,50

QSP 3 MOIS

:1cp matin



:1cp matin



:1cp midi



:1cp soir 1j/2



:1cp soir



:1cp matin



:1cp matin et soir

INPE:092043355

PHARMACIE MY YOUSSEF
PHARMA CHERIF D'OUAZZANE
Salma CHERRIF en Pharmacie
139 Boulevard My Youssef
Casablanca - Tel: 05 22 22 25

Lot N° :
Exp :
PPV :

134,50

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg. cc pel b 28
P.P.V. : 316,00 DH

6 118001 081257

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
7862160236

Distribué par Cooper Pharma

50,60
50,60

Dr. Rachid EL HACHMI
CARDIOLOGUE
222, Bd. Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 05.22.99.18.78. CASABLANCA

REVUE 18/10/22

CASABLANCA, MAROC

05.22.99.18.78 : - Email : ra_hachmi1@yahoo.fr

PHARMACIE MY YOUSSEF

SELMA CHERIF D'OUAZZANE
 139 BD MOULAY YOUSSEF
 CASABLANCA
 Taxe Profes. N°: 35405678
 N° R.C. : 311840 N° CNSS: 6387733
 N° ID.F. : 40100310 N° ICE 001597613000058
 Tel : 022222725
 Fax 022480768

MR AOUAD MHAMED

I.C.E. :

Le : 20/09/2022

FACTURE N°: 8895/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	CARDIOASPIRINE 100MG 30CPS	27,70		27,70
1	CO-IRVEL 150/12.5 MG BT 28 CPS	134,50	7	134,50
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72,00		72,00
1	NOLIP 10 MG BT 30 CPS	157,10		157,10
1	PLAVIX 75MG 28CPS	316,00		316,00
2	PRINCI B FORT COMPS.30	50,60	7	101,20

TVA 7%:	15.42	Total :	808,50
----------------	--------------	----------------	---------------

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
HUIT CENT HUIT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS


PHARMACIE MY YOUSSEF
 Salma Cherif en Pharmacie
 Docteur en Pharmacie
 139 Boulevard My Youssef
 Casablanca Tel: 05 2222 27 25
INPE: 092043355