

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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0003203

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1613

Société :

RAM 133166

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Veuve

Nom & Prénom :

HAM ROUDI

Date de naissance :

1950

Adresse :

Sgt. Bernoussi, N° 2, Bab 53 Rte

Tél. :

06 65 4356 43

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

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 :

PHARMACIE IBTISSAMA
MME BEN BADI IBTISSAM

Patente N°: 31638968
N° R.C. : 276394
Compte : 21211546745500
CNSS : 6092184
Id.Fiscale : 52803212
ICE : 001620174000071

Tél: 0522730788

09/2022

HAMROUDI ZOHRA

DEVIS

du : 29/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant
1	BESTOR 5MG BTE/30CP	114,10	114,10
3	BIPRETERAX 10 MG BT/30 CPS	159,50	478,50
1	GANFORT 0.3 MG 5 MG/ML FLC	227,00	227,00
2	KARDEGIC 75 MG/SH	30,70	61,40
3	LASILIX 40MG BT/20 CPS	34,60	103,80
3	REXABAN 20MG/28CP	370,00	1 110,00
1	XARELTO 20 MG BT 28CPS	984,00	984,00
Total TTC			3078,80

Arrêtée le présent Devis à la somme de : TROIS MILLE SOIXANTE DIX HUIT DIRHAMS ET QUATRE CENTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 968,80	0,00	1 968,80
20.00%	20,00	925,00	185,00	1 110,00
		2 893,80	185,00	3 078,80

PHARMACIE IBTISSAMA
Ben Badi IbtiSSam
N° 43 Hamroudi Zohra
Casablanca, Tél: 0522 73 07 88