

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 canaux, 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 canaux.

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.

ND: 36507

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2509 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CH. ADM. AG. FA

Date de naissance : 04/10/1957

Adresse : 1782 RUE UE

Tél. : 0662095613 Total des frais engagés : 45 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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.

MUPRAS
12 OCT 2020
ACCUEIL

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) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

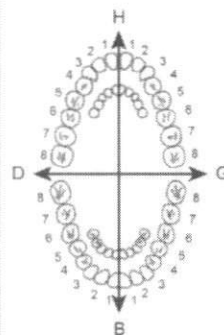
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou de Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 04-05-2020 | 45,30 |

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



| | | | | |
|---|----------|---|----------|---|
| | | H | | |
| | 25533412 | | 21433552 | |
| | 00000000 | | 00000000 | |
| D | | | | G |
| | 00000000 | | 00000000 | |
| | 35533411 | | 11433553 | |
| | | B | | |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE IZDIHAR

154 LOT AL IZDIHAR SIDI EL ABED HARHOURA

R.C :89686

Patente:28027133

T.V.A :

C.N.S.S:9506562

Tél :05-37-62-67-39

Le 01/05/2020

FACTURE N°19

N° ICE : 001824000000064

N° IF : 56417165

CHIADMI AFIFA

| Qté | Désignation | Prix Public de Vente PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------|-----------|
| 1 | DOLOSTOP 500MG *16CPS EFFER | 14,50 | 14,50 | 0,95 | 7,00 |
| 1 | ASPEGIC SACHETS 1000 MG PM | 30,80 | 30,80 | 2,01 | 7,00 |
| TOTAL T.T.C : | | | | | 45,30 |

Pharmacie Izdihar
N°154, Hay Al Nizar El Harhoura
Sidi Abed - Temara
Tél : 05 37 62 67 39
N°ICE : 1020755892

| | | | | | | |
|--------------|---------------|-------|-----------|------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | 45,30 | Montant : | 2,96 | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|-------|-----------|------|----------------|---------|

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quarante Cinq Dirhams et 30 centimes.

agents

LOT : 19E003
PER: 09 2021

ASPEGIC 1G
SACHETS 010
P.P.V : 30DH80



Titulaire d'AMM au Maroc :
sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Ain Sebaâ, Casablanca.
Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.
Nom et adresse du fabricant :
sanofi-aventis Maroc, Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

500 ملغ

دولوسطوب
باراسيتامول

PHARMY5

الأوجاع والحمى - ابتداء من 27 كلف

16 أقراص فموية

↓
14,50

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1
Ain Sebaâ, Casablanca
Lahcen BOUCHAOUIR
Pharmacien Responsable