

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.

N° W19-545253

55569

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03592	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENOUNA L'HABID			
Date de naissance : 08/03/1972			
Adresse : 17 Rue L'Arti Doghmi Frenayelle 2 CASABLANCA			
Tél. : 066 14 24 464	Total des frais engagés : Dhs		

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





valable 3 mois

Le ...14.../...12./2014..

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Cardologue Interventionnel
CHU Ibn Rochd

Certifie que Mlle, Mme, M. : El Faizali Rachida

Présente HRA

Nécessitant un traitement d'une durée de : à vie

Dont ci-joint ordonnance : Témoélic 50 mg, Prezyn

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 19/12/19

ORDONNANCE

Docteur :

*Attestation de maladie
chronique
je déclare certifié au
madame El Fakhtali Hanifa*

*et suis pour une maladie
chronique (HTA) nécessitant
un traitement à vie*

*Dr. Ben Amor
Certificat de
maladie chronique
CHU Ibn Rochd*

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83

lante

*PHARMACIE AL ANDALOUSI
126/127 Avenue Dr. Ben. Rachid
France 1000 Casablanca
Tél. : 05 22 98 06 83*

pharmacie AL ANDALOUSSIA - Casablanca

benani myriem

0522980693

, casablanca

**Facture N° 20210114-302**

Date de vente : 14/01/2021

Médecin traitant :

Mme EL FACHTAI RACHIDA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
TENORETIC CO 50MG/12.5MG B30 COMP SECA	3	68,10	Exonéré (0.00%)	204,30
PREZAR CO 100MG B28 COMP	3	149,20	Exonéré (0.00%)	447,60

Total HT	651,90 DHS
TVA	0 DHS
Total	651,90 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : six cent cinquante et un DHS
et quatre-vingt-dix centimes**

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
126 (Ex 40), Rue Dom Perignon
France Ville II - Casablanca
Tél: 05 22 98 06 93