

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 051185

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

26 960

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL IMAM EL AOUZ Abdelaziz

Date de naissance : 01. Juin 1947

Adresse : 236 Bd Mohamed V USA

elimamabdelaziz@gmail.com

Tél. : 06 188 73 188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Jaouli Fatima Age : 76 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint(e) ☐ 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 : Le : 27/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051185

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 : 3230

Nom de l'adhérent(e) : EL IMAM

Total des frais engagés : 1296,90 Dhs

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Carnet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE GRANADA Lotissement Meslouha Lot 1 Rue 25 N° 21-29 Casablanca Tél.: 05 22 89 12 34	Date 28/04/2020	Montant de la Facture 1351,90

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE		CØEFFICIENT DES TRAVAUX														
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EL IMAM ELAOUI

3230

3230

PPV

LOT 139,20

PER

PPV

LOT 139,20

PER

PPV

LOT 139,20

PER

PPV

LOT 139,20

PER

Dilerene
EV 100908 (4)LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

noires casablanca
ATACAND4mg Cpr séc
Bte de 30

13816 DMP/21NRQ P.P.V. : 119,50 DH

noires casablanca
ATACAND4mg Cpr séc
Bte de 30

13816 DMP/21NRQ P.P.V. : 119,50 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DHVENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DHVENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DHVENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DHVENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DHVENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

B.P. 13573

Over
Safe

PHARMACIE GRANADA
DR LAHLOU LOUBNA
LOT MESTOUNA N25 RUE 27 ET 29

Patente N°: 35052333
N° R.C. : 370006
Compte :
CNSS : 7696977
Id.Fiscale : 51453668
ICE : 001633331000046

Tél : 0522894844

Le : 28/04/2020

EL IMAM EL ALAOUI ABDELAZIZ

FACTURE : 5045 du : 28/04/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	ATACAND 4MG 28CPS	119,50	239,00	0,00%
4	DILRENE 300 MG CP	139,20	556,80	0,00%
3	LARMABAK COLLYRE 10ML	54,10	162,30	7,00%
5	LEVOTHYROX 100 UG/28 CPS	24,40	122,00	20,00%
6	VENTOLINE SPRAY	45,30	271,80	0,00%
Total TTC			1351,90	
Droits de timbre			0,00	
Net à payer			1351,90	

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE TROIS CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 067,60	0,00	1 067,60
7.00%	7,00	151,68	10,62	162,30
20.00%	20,00	101,67	20,33	122,00
		1 320,95	30,95	1 351,90

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL LOUBNA
Lotissement Mestouna Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca
Tél.: 05 22 89 48 44