

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Nº P19- 051185

Optique 86 96° Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3230

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL IMAM EL ACAOUI Abdelaaziz

Date de naissance : 01 Juin 1947

Adresse : 236 Bd Moudaïd CASA

elimamabdelaaziz@gmail.com

Tél. : 0618873188 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 Conjointe, 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 : 29/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 Dh

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GRANADA Lotissement N° 27 à 29 - Lot N° 39 Rue 25 N° 27 à 29 - Casablanca Tél. : 05 22 89 48 44</i>	28/04/2020	1351,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

88.3

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

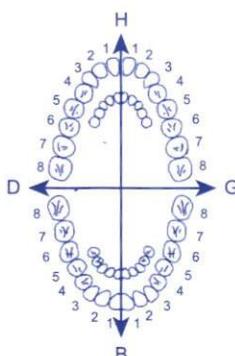
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ELIMAN ECACOUVI 3230

3230

PPV
LOT
PER

139,20

PPV
LOT
PER

139,20

PPV
LOT
PER

139,20

PPV
LOT
PER

139,20

Dilferene
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

Digoxine 0.25 mg Collyre 10 ml
noires cassablance

ATACAND

4 mg

Cpr séc

Bte de 30

138/16 DMP/21/NRQ PP.V: 119,50 DH

6 118001 141258

noires cassablance

ATACAND

4 mg

Cpr séc

Bte de 30

138/16 DMP/21/NRQ PP.V: 119,50 DH

6 118001 141258

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 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

(5)

(6)

(2)

(3)

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

Tél : 0522894844

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

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
Lolissement Mestouna Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca
Tél.: 05 22 89 48 44