

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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.

Prothèse :

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

N° P19- 051197

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : EL IMAM EL AAOUI Abdelaziz
Date de naissance : 01-06-1947
Adresse : 236 Bd Med V CASA
Email : elimamabdelaziz@gmail.com
Tél : 06118873188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/04/2020
Nom et prénom du malade : EL IMAM EL AAOUI Abdelaziz Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint(e) ☐ 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 : CASA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051197

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVÉ 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
21/4/20	G		200M	Dr. SEFRIDJ MED Gynécologue - Obstétricien 196, Ave. des Moudjahidines Casablanca - Tél: 05 22 22 49 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRANADA LAHLOU NABIL Loubna Lotissement Mestouna Lot. N° 39 Rue N° 27 - 28 - Casablanca Tél: 05 22 89 48 44	07/04/2020	1155,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SEFRIQUI Mohamed

الدكتور الصفرى محمد

Spécialiste

Gynécologue - Accoucheur

Chirurgie Gynécologique - Echographie

196, Avenue Mers Sultan

1er étage - Casablanca

Tél. : 05 22 20 49 11



اختصاصي

أمراض النساء و الولادة

الجراحة النسوية - الفحص بالصدى

196، محج مرس السلطان

الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 49 11

Casablanca, le 07.04.2020

EL IMAM EL ARAKUI Fatima

43,90x2 = ZYLRIC
86,40 = 1m

S.V

53,10x2 = Relaxol
106,20 = 1m

S.V

60,10x3 = Maxilene
180,30 = 2m

S.V

432,00 = VALEX
19,30x4 = 1m

S.V

77,20 = Fitanorm 1m

S.V

56,60x2 = STILNIX
113,20 = 1m

S.V

79,90x2 = BISPIRAZOL
159,80 = 1m

S.V

1155,10 = 1m

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

Dr. SEFRIQUI Med.
Gynécologue Accoucheur
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél. : 05 22 20 49 11

ELIMAM ELAOUI

3230

43,20

LOT 60423

UT AV 01 2020

PPV 43:20 DH

} - Zyloric

300 mg

(2)

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

}



(2)

Distribué sous licence
par L'APROPHAN
21, rue des Oudayas
CASABLANCA - Maroc

580735

PPV:
60DH10PPV:
60DH10

Maxilase

(2)

Distribué sous licence
par L'APROPHAN
21, rue des Oudayas
CASABLANCA - Maroc

580735

PPV:
60DH10

432,00

- Valex

(1)

LOT: 180412
PER: 04-21
PPV: 19,30DH180738 PER: 04-21
PPV: 19,30DH0: 180720 PER: 04-21
PPV: 19,30DH180724 PER: 04-21
PPV: 19,30DH

- Tilanoendrine

(4)

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60

} Stilnox

(2)

PPV: 79DH90

PPV: 79DH90
PER: 09/20

} - Bispirazole

(2)