

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.

Diagnostique 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040174

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELIMAM EL AGAOUI Abdelaziz

Date de naissance : 01.06.1947

Adresse : 236 Bd Mohamed V CASABLANCA

Tél. : 0618873188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie à longue durée

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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 040174

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) : ELIMAM

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRANADA Lotissement Messouna Lot. N° 39 Rue 25 N° 27-49 - Casablanca Tél.: 05 22 89 48 44	14/05/2020	1037,80

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		[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

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 : 14/05/2020

EL IMAM EL ALAOUI ABDELAZIZ

FACTURE : 5497 du : 14/05/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	COTAREG 160/12.5 /28CP	203,00	609,00	7,00%
2	DETENSIEL 10MG 28 CPS	72,00	144,00	0,00%
1	DIAMICRON 60 MG LM / BT 60 C	78,70	78,70	0,00%
3	KARDEGIC 160MGX30SACHET	35,70	107,10	0,00%
2	MONONITRIL 20/ 60CPS	49,50	99,00	0,00%
Total TTC			1037.80	
Droits de timbre			0.00	
Net à payer			1037.80	

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE TRENTE SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	428,80	0,00	428,80
7.00%	7,00	569,16	39,84	609,00
		997,96	39,84	1 037,80

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

EL Imam EL ALAoui 3230

6 "118001" 030521 "

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

6 "118001" 030521 "

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

6 "118001" 030521 "

COTAREG 160/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 203.00 DH

③

78,70

- Diamieron

④

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

②

LOT 19C058

EXP 12/24

PPV 49DH50

LOT: 189069 EXP: 09/23
PPV: 49DH50

- Monometril ②

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



③

B.P. 13

1009087