

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.

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- 051200

ND: 33007

☒ 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 ALAOUI Abdelaziz
Date de naissance : 01.06.1947
Adresse : 232 Bd Med V CASABLANCA
Tél. : 0618873128 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 2/06/2020
Nom et prénom du malade : EL IMAM ALAOUI Abdelaziz Age : 72
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète
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 : 2/06/2020
Signature de l'adhérent(e) : Abdelaziz EL IMAM

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051200

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 :
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
		2	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRANADA 15 N° 2 - 29 Casablanca	02/06/20	816,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	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. Bichara Mohamed

Spécialiste en
Dermatologie - Vénéréologie

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris
Lariboisière - Saint Louis

الدكتور محمد بشارة

إختصاصي في
الأمراض الجلدية والتناسلية

خريج كلية الطب بباريس

لاريبوازيير - سان لووي

Casablanca, le : 2/6/20 الدار البيضاء في

79.90x2 = 159,80

S.V

1. Aug. 1 for

1. 199,00x2 = 398,00

S.V

2. 750,00x2 = 1500,00

S.V

41,10x2 = 82,20

3. 76,00x2 = 152,00

S.V

4. 25,00x4 = 100,00

S.V

5. 100,00x2 = 200,00

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loubna
Lotissement Mestouna Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 - 29 - Casablanca
Tél.: 05 22 89 88 44

DR. BICHARA MOHAMED
DERMATOLOGUE
Tél: 05 22 20 44 39 - 05 22 22 67 76

4، شارع محمد الزرقطوني - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 44 39 - الفاكس : 05 22 22 67 76

8N600 4, Boulevard Mohamed Zerktoni 1er étage - Casablanca - Tél.: 05 22 20 44 39- Tél / Fax : 05 22 22 67 76

E-mail : yayaxbichara@gmail.com

EL IMAM EL AAOUI

3230

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH
LOT: 605975

PPV: 79,90 DH
LOT: 551415

: 191099
AV: 06/2022
: 199,000H

LOT: 161042
PER: 01-20
PPV: 199,00

ER

PV

41,10

ER

PV

41,10

Lot n°:

Aug. av.:

76,00

PPV: 25DH00
PER: 11/24
LOT: I2705

PPV: 25DH00
PER: 11/24
LOT: I2705

PPV: 25DH00
PER: 11/24
LOT: I2705

PPV: 25DH00
PER: 11/24
LOT: I2705

- Augmentin (2)

- Tefuma (2)

- Madecasso (2)

- Efitac / Somp. (1)

} Tramal. (4)