

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.

Radiologie 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 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.



Déclaration de Maladie

M23-0016546

183858

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : EL IMAM EL AHOU I Abdelaziz
Date de naissance : 01.06.1947
Adresse : 236 Bd Med V CASA
Tél : 0688841836 Total des frais engagés : 1793,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL IMAM EL AHOU I Age : 76 ans

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

Nature de la maladie : Maladie Longue Durée

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
	15/11/2023	793,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

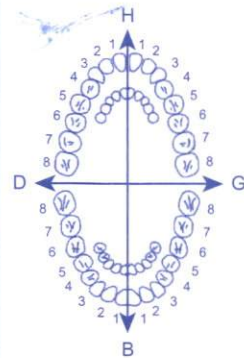
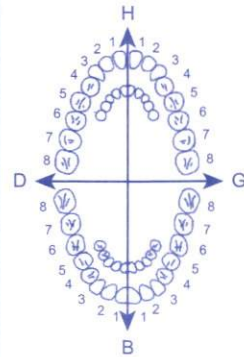
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie GRANADA - Casablanca

Loubna LAHLOU NABIL

0522894844

LOT MESTOUNA N 25 RUE 27ET 29,



Facture N° 20231115-448

Date de vente : 15/11/2023
Médecin traitant :

EL IMAM EL ALAOUI

Maroc





Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFFER	1	15,80	TVA (7.00%)	15,80
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	2	14,00	TVA (7.00%)	28,00
DOLIPRANE CO 500MG B20 COMP	5	10,30	TVA (7.00%)	51,50
KARDEGIC ST 160MG B30 SACHETS	3	35,70	Exonéré (0.00%)	107,10
MONONITRIL CO 40MG B60 COMP SECA	2	65,20	Exonéré (0.00%)	130,40
DIAMICRON CO 60MG B60 COMP	2	78,70	Exonéré (0.00%)	157,40
DETENSIEL CO 10MG B30 COMP SECA	4	72,00	Exonéré (0.00%)	288,00
COTAREG CO 160MG/12.5MG B28 COMP	5	203,00	Exonéré (0.00%)	1 015,00

Total HT	1 786,97 DHS
TVA	6,23 DHS
Total	1 793,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille sept cent quatre-vingt-treize DHS et vingt centimes





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

ELIMAN ELAQOUZ 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	 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

- Cotareg (5)

 118001 101788 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper Pharm	 6 118001 101788 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper Pharm	 6 118001 101788 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper Pharm	 6 118001 101788 PPV : 72,00 DH Distribué par Cooper Pharm
---	--	--	--

78,70

- Diamicon 60mg (2)

65,20

65,20

- Mononitral 40mg (2)

 LOT : 23E004 PER: 01/2025 KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70	 LOT : 23E003 PER: 01/2025 KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70	 LOT : 23E002 PER: 01/2025 KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70
---	--	--

- (3)

PPV: 10DH30 PER: 06/26 LOT: M1909	PPV: 10DH30 PER: 07/26 LOT: M2672	PPV: 10DH30 PER: 06/26 LOT: M1909	PPV: 10DH30 PER: 05/26 LOT: M1812
---	---	---	---

- Doliprane 500 (5)

PPV: 14DH00 PER: 01/24 LOT: K100
--

- Doliprane 1000mg (2)

PPV: 15DH00 PER: 09/23 LOT: J2485

- Doliprane 1000mg (1)

EV 1009087