

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0052593

Optique 165363 Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3230

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL IMAM EL ALAOUI Abdelaqiz

Date de naissance : 01.08.1974

Adresse : 236 Bd Med N CASA

Tél. : 0688841836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL IMAM EL ALAOUI Abdelaqiz Age : 78ans

Lien de parenté : Lui-même Conjointe Enfant

Nature de la maladie : Maladie à 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 : CASA Le : 12/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXÉCUTION

Pharmacie GRANADA - Casablanca

Loubna LAHLOU NABIL

0522894844

LOT MESTOUNA N 25 RUE 27ET 29,



Facture N° 20230614-411

Date de vente : 14/06/2023

Médecin traitant :

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LEVOHYROX CO 25µG B30 COMP SECA	8	6,80	TVA (7.00%)	54,40
LEVOHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	8	24,30	TVA (7.00%)	194,40
CLENIL FORTE AE 250µG AEROSOL	7	86,50	Exonéré (0.00%)	605,50
VENTOLINE AE 100µG B200 DOSES AEROSOL	9	45,30	Exonéré (0.00%)	407,70

Total HT	1 245,72 DHS
TVA	16,28 DHS
Total	1 262,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille deux cent soixante-deux DHS

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loubna
Dissémination Mestouna Lot. N° 39
Rue 25 N° 27 Casablanca
Tél.: 0522 89 48 44

ELIMAM EL ALAOUI 3230

118001 141258

VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

86,50

118001 141258

VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

86,50

4 E 9 P
05 2024
45,30 DH

86,50

4 E 9 P
05 2024
45,30 DH

86,50

CL 6 B
08 2024
45,30 DH

86,50

9 P 7 E
07 2024
45,30 DH

86,50

CL 6 B
08 2024
45,30 DH

86,50

FB 2 S
09 2024
45,30 DH

Clenil forte
7 7
Clenil forte

EV 9 L
09 2024
45,30 D

Ventoline

8 9

1009087

V

EL IMAM EL ALAOUI 3230

6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	6"118001"102020" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH
6"118001"102006" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH	6"118001"102006" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH	6"118001"102006" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH
6"118001"102006" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH	6"118001"102006" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH	6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
6"118001"102006" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH	6"118001"102006" Levothyrox® 25 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 6,80 DH	6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
	6"118001"102020" Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH	

B.P. 13573

levothyrox 100
levothyrox 25

8
X8

1009087

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA
Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 12 Juin 2023

MME Fatima EL IMAM EL ALAOUI

1 - MONOTILDIEM LP 200 mg: 1 CP PAR JOUR
TTT A NE PAS ARRTER

2 - COTAREG 160 mg/12.5
1 CP PAR JOUR SANS ARRETLE MATIN

3 - ASPEGGIC 100 mg: 1 SACHET A MIDI SANS ARRET

4 - DAFLON 500 mg :
1 CP MATIN sans arrêt

5 - HYPERIUM : 1 CP LE SOIR SANS ARRET.

6 - PANTOPRAZOLE GT 20 mg: 1 cp le soir sans arrêt

7 - TANAKAN : 1 CP x 2 PAR JOUR SANS ARRET

8 - LEVOTHYRO 100MG : 1 CP PAR JOUR SANS ARRET

9 - LEVOTHROX 25 : 1/2 CP

10 - VENTOLINE 100Y INH 1 Inhalation a la demande sans arrêt

11 - CLENIL FORTE 1 par jour sans arrêt

*Dr. EL MAKHLOUF
Professeur Agrégé à l'Université de Casablanca
5, Rue Med. Abdou
Casablanca*

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83