

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.

Educations :

- 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.

- Le 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

Information : contact@mupras.com
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 personnelles.

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° P19-0025850

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 552 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Cherrad

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661802718 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 :

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 : 09/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			
Visa et cachet du praticien attestant la <u>date</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																	

VOLET ADHERENT	NOM : <u>MR. CHERADI</u>	Mle <u>5521</u>
DECLARATION N° <u>P17/0062513</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>05.09.</u>	<u>636,70</u>	<u>9</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17 / 0062513

DATE DE DEPOT

04 / 09 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>5521</u>
Nom & Prénom <u>MR. CHERADI</u>		Signature de l'adhérent
Fonction <u>AGENT RAM</u>	Phonies <u>Retraite</u>	
Mail <u>COM AF</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>CHERRADI Abdelhak</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>04/09/2019</u>
Nature de la maladie <u>H.T.A.</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Contrôle</u>		<u>gratuit</u>
PHARMACIE	Date <u>4/09/19</u>	
Montant de la facture		
<u>636,70</u>	<u>420,00</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires
		CACHET

Signature
Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med Abdouh - Casa
 Tél.: 022 81 51 59 - 05 22 47 25 89
Pharmacie EL ANADEL
 Mme H.T. EL ARAKI
 Bd. Abdellatif Ben Kaddour
 Tél.: 022 81 51 59 - 05 22 47 25 89



PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél :0522 36 54 38

Le 05/09/2019

FACTURE N°486093

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

MR CHERRADI ABDERRAHMANE

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	TORVA CO 10MG 30U	84,60	169,20		
1	TANAKAN CO 40MG 30U	71,30	71,30		
1	AMLOR CO 5MG 28U	89,20	89,20		
5	ASPEGIC ST 100MG	21,80	109,00		
2	OEDES CO 20MG 28GELL	99,00	198,00		

Pharmacie EL ANADEL
Mme. H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 0522 36 54 38

TOTAL T.T.C :

636,70

Nbr Articles

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Trente Six Dirhams et 70 centimes.

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

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 04/09/2019

CHERRADI Abderrahmane

99,50x2 1 - OEDES 20 mg : 1 LE SOIR X 3 MOIS

84,60x2 2 - TORVA 10 mg :
1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

71,30 3 - TANAKAN : 1 CP MATIN ET SOIR SANS ARRET
POUR 3 MOIS

29,20 4 - AMLOR 5 mg : 1 CP PAR JOUR
SANS ARRET LE MATIN

21,80x5 5 - ASPEGIC 100 mg :
1 SACHET A MIDI TOUS LES JOURS

TRAITEMENT POUR 01 MOIS

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél: 022-30-54-33

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 06 22 47 26 89

LOT 171275
EXP 07/2020
PPV 99.00DH

TORVA 20 20 mg
30 Comprimés Enrobés
6 118000 140719

AMlor 5 mg
28 COMPRIMÉS
6 118000 250531

LOT : 9MA024
PER: 11 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

LOT : 9MA024
PER: 11 2020
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
6 118000 061113

71,30