

# 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.

## Education :

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.

## Prothèses :

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

clamation	: contact@mupras.com
mise 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : ECIMAM EL ALAOUI Abdelaziz

Date de naissance : 01.06.1947

Adresse : 236 Bg Med V CASA.

Tél. : 06 18873188

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ECIMAM EL ALAOUI Abdelaziz Age: 72 ans

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/11/2019

## 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**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/19	226650

#### **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

#### **7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession**

The diagram shows a 4x4 grid of circles representing the Chinese Checkers board. The columns are labeled D, G, B, and H from left to right. The rows are labeled 1 through 8 from bottom to top. Each circle contains a number representing its value: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, or 8. The numbers are distributed such that each row and column contains all eight values exactly once. The board is oriented vertically, with the top vertex at the top and the bottom vertex at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT**

ELIMAM ELAKAOUI

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

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

LOT : 189068 EXP : 09/23  
PPV : 49DH50

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

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

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

60 mg.

⑤

DIAMICTON  
60 mg.

Kaldejic

⑤

⑤

Mononitri

49,50

49,50

**PHARMACIE GRANADA**  
**DR LAHLOU LOUBNA**  
**LOT MESTOUNA N25 RUE 27 ET 29**

Tél : 0522894844

Patente N°: 35052333  
N° R.C. : 370006  
Compte :  
CNSS : 7696977  
Id.Fiscale : 51453668  
ICE : 001633331000046

Le : 13/12/2019

EL IMAM EL ALAOUI ABDELAZIZ

**FACTURE : 12366 du : 13/12/2019**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
5	COTAREG 160/12.5 /28CP	203,00	1 015,00	7,00%
6	DETENSIEL 10MG 28 CPS	72,00	432,00	0,00%
5	DIAMICRON 60 MG LM / BT 60 C	78,70	393,50	0,00%
5	KARDEGIC 160MGX30SACHET	35,70	178,50	0,00%
5	MONONITRIL 20/ 60CPS	49,50	247,50	0,00%
Total TTC		<b>2266.50</b>		
Droits de timbre			0.00	
Net à payer			<b>2266.50</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE DEUX CENT SOIXANTE SIX DIRHAMS ET CINQUANTE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 251,50	0,00	1 251,50
7.00%	7,00	948,60	66,40	1 015,00
		<b>2 200,10</b>	<b>66,40</b>	<b>2 266,50</b>

**PHARMACIE GRANADA**  
**LAHLOU NASI LOUBNA**  
Lotissement ~~Lotissement~~ Lot. N° 39  
Rue 25 ~~24~~ 27 - 29 - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 48 44