

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.

Radologie 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.

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-010781

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1373 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MARY ABDELKABIR
 Date de naissance : 01/11/1950
 Adresse : 011A 250 Droid, 29875
 Tél. : 06 33 533 0000 Total des frais engagés : 645,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2019
 Nom et prénom du malade : MARY ABDELKABIR Age : 69
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : ALC
 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 : 16/11/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0010781

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 : 1373
 Nom de l'adhérent(e) : MARY
 Total des frais engagés : 645,10
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
20/11/23	CS		222,49	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MORSLI LOT ONA N°20 DEROUA TEL 06 22 51 51 90 Gsm. 06 57 54 20 88	20/11/2023	645,10 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

EXAMENS AUXILIAIRES MEDICAUX

Désignation des Examens	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

Comprimé ferreux 200 mg équivalent à 66 mg de fer)
PPU 25.10 DH
Lot 1684 PER 06/24
100 comprimés
voie orale

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 canalaires, 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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		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

GAPRE
Prégabaline®

LOT: 222023
EXP: 01/25
PPV: 109DH20

- Suivi
- H T A - Diabète
- Médecine de travail
- CM du permis de conduire



الدموي والسكري

LOT: M0579
PER: 06/2023
PPV: 99,00 DH

مصنع من طرف
مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول
الطريق الوطنية رقم 1 - الدار البيضاء

LOT: GR59/11
PER: 12/2025
PPV: 22/70

le de

on MARAVY Abdelkadir

109,20

1) Gapex 25 T



98,30

2) Ataymix

LOT 230363
EXP 02/2026
PPV 98.30DH

193,60

3) Fosavance

7038199/00-1
A0011947/DM072/NRC

6 1 1 8 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

5800 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

79,70

4) Zidmax

PPV: 42DH60
PER: 05/25
LOT: L1781

الهاتف: 05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة

42,60

5) Gobic 15 J



28 J 17 J



22,70

6) Bayatène 10 J

19 J 2 J



99,00

7) Ines 10 J

28 J 2 J

645,10

~~Dr. DHAÏ MOUNIR
 Médecin Générale
 Lot 4 - 1139
 05 22 51 51 90
 1er Etage - Der
 INPE: 061260600~~

PHARMACIE MORSLI
 LOT ONA N°20 DEROUA
 TEL 06 22 51 51 90
 Csm. 06 67 54 20 88