

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060152 / 1273

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1273 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 101399
Nom & Prénom : MANSOUR Ahmed
Date de naissance : 01/01/49
Adresse : Lissalfe Lot Agce Urban'ne I/46
Casa
Tél. : 06 69 11 30 67 Total des frais engagés : 669,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : CHALOUH ep. MANSOUR Malika Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DABET / 3 ans
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 : 18/01/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Depot le 27/01/22

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
18/10/2022	AMAL		1500	Dr. DAILI AMAL Médecin Généraliste N° 173203 Tel: 06 12 67 43 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAMAM Dr. DERIAZIZA Lotissement, Youssia, Lot 1 Zoubir CASABLANCA Tel: 02 59 39 28 73	12/10/2022	519,600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

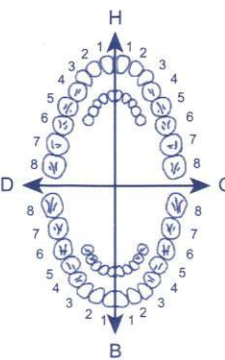
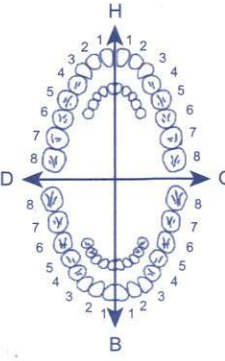
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

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																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[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

Dr. AMAL DALIL

Médecin Général



د. دليل أمال

طبيب عام

Nutrition - Suivi de grossesse
Pédiatrie - Echographie - Vaccination
Endocrinologie - Suture soins divers

06 12 87 43 26
06 94 30 32 51
INPE : 091173203

التغذية - مراقبة الحمل - طب الأطفال
الفحص بالصدى - التطعيم
الغدد الصماء - رعاية طبية مختلفة

Casablanca, Le :

18/01/2022
NALIKA HANSOUR

97,90.

1°

OFIKAN 20

1 CP x 2

87,70.

2° Trimere BT

86,70.

1 CP x 2
1. OT Son ftes dirig.
1 fte x 31

PHARMACIE MAHAM
Dr. DERIAZIZA
Dossierement, Youssef, 07/10/19
Zouhir CASAB

LOT 212307 2
EXP 09 23
PPV 97.90 DH

PPV: 87 DH 70
PER: 10/24
LOT: K2893

ISOPHARM
OTOSAN SPRAY
AURICULAIRE
86.50 DH

GH34 عمارة 46 شقة 1، مشروع اليسر - الطابق السفلي - فرج السلام - الدرا البيضاء

GH34 Appt.1 Imm 46, OP El Youssef - RDC - Farah Assalam - Casablanca

E-mail : royyadalil40@gmail.com

52,10.

11KOTEN
nabul

SV

ppv : 51,50 Dhs

LOT : 4036
UT. AV : 09-24

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4035
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

(19,00 x 6) ADOSFO

SV

82,00

PONDERIX
ACSS

avant 0015
30-06-24
PPC 82.00 DH

T: 519,60.

Dr. DALIL AMAL
Medecin Généraliste
INPE 091173203
Tel 06 12 87 43 21

PHARMACIE MARAM
Dr. DERIAZIZA
Lotissement Toussaint Lot 11
Boulevard CASABLANCA
Tel: 05 44 25 11 14

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4036
UT. AV : 09-24
P.P.V : 19 DH 00