

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.

Educational :

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.

Chirurgie :

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 ALP :

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° M20- 0005633

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3486 Société : RAM 108722
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GOVAL Mohamed
Date de naissance : 1964
Adresse : 369 DEROUA ELLOUAPA
Tél. : 0662387993 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dilal MOUNIR د. دلال منير
Médecin généraliste
تجربة السجود رقم 39 نظام الأمانة العامة
Lot Annajah N° 30 16 Etage Deroua
05 22 51 47 67 - 06 33 94 88 09

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/03/2022
Nom et prénom du malade : GOVAL Mohamed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Borelio
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 : DEROUA Le : 10/03/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
10-03-22	CS		6626	<p>Dr. Oualid MOUMINIR</p> <p>Le Directeur Général</p> <p>LOL Annajah N° 39 1er Etage</p> <p>05 22 51 47 67 - 06 33 84 88</p>

البريد العام

~~LOL Annam~~

05 22 51 47 63

07-063384

Copyright © 2010 Pearson Education, Inc. All rights reserved.

[illegible]

du Fournisseur

Montant de la Facture

10-03-22

12.2.40

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]

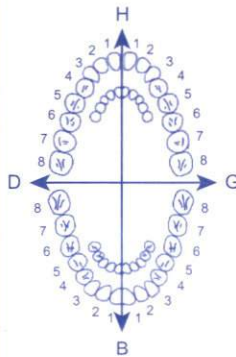
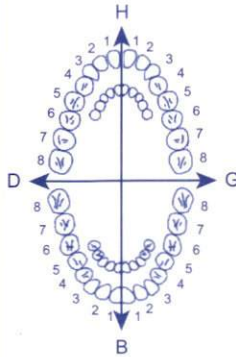
v

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>						
							FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>					
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table style="margin: auto;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> </div> </div>				25533412	21433552	00000000		00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Dilal MOUNIR

Médecine générale

- Echographie
- E C G
- Suivi de grossesse
- H T A - Diabète
- Médecine de travail

د. ظلال منير

الطبيب العام

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- تتبع الحمل
- أمراض الضغط الدموي والسكري
- طب الشغل



LA PHARMACIE REGIONALE

Dr. Saad DEROUA

Imm. 94, Lot 10, DEROUA

Tél: 05 22 51 47 07

10 - 03 - 2020

10/03/2020 10:07

Dr. Saad DEROUA

INPE : 06 20 74 810

55.00

1) Amoxicil p. 250

2 x 21 j

34.00

2) Humex mal de gorge

1 pastille x 4 j

18.00

3) Paracetamol 500 mg

1 crs x 3 j

35.00

4) Voltaline 800 mg

2 x 3 j

T = 142.00

Dr. Dilal MOUNIR
Médecin généraliste

الطبيب العام
الطبيب المنير

الهاتف: 06 33 94 88 09

Tél.: 05 22 51 47 67

تجزئة النجاح رقم 39

الطابق الأول - الدروة

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

18,00₅



LOT: M20147
EXP: AOU 202
PPV: 35,40 I

PPV: 55,00 DH
LOT: 647345
PER: 02/23

LOT: A00084
PER: 04/2022
PPV: 34,00 dh