

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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

108792

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOVAL Mohamed

1914

Date de naissance :

Adresse : 364 D ZEROUA ALOUA PA

Tél. : 06 623 8799 3

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2022

Nom et prénom du malade : GOVAL Mohamed Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bruxisme

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 : D ZEROUA

Signature de l'adhérent(e) :



21 MAR. 2022

ACCUEIL

Le : 10/03/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet de signature du Médecin attestant le paiement des Actes
10-03-2022	CS		1000 Dhs	Dr. CHALMOUNIR Signature générale
10-03-2022				Dr. CHALMOUNIR Signature générale
10-03-2022				Dr. CHALMOUNIR Signature générale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CE REÇU DU FARMACIEN DU 22 MAI 2011 1. 94, Lot NAIT N°4-DEROUX Tél: 05 23 51 47 07	10.03.22	114,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

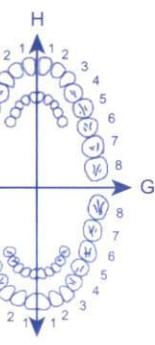
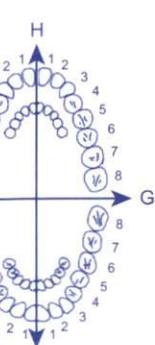
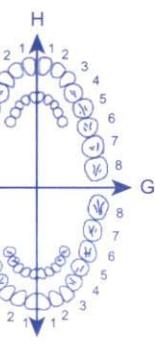
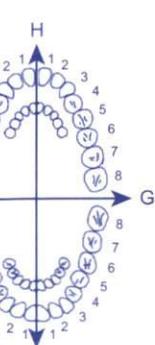
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411	H	11433553	D	00000000	B	00000000	G	35533411	Coefficient DES TRAVAUX
H	21433552																			
D	00000000																			
B	00000000																			
G	35533411																			
H	11433553																			
D	00000000																			
B	00000000																			
G	35533411																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Dilal MOUNIR

Médecine générale

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



د. ظلال متير

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

تتبع الحمل

أمراض الضغط الدموي والسكري

طب الشغل

LA PHARMACIE REGIONALE

Dr. Saad BEITELLOUN

Imm. 94, Le 100 Maitre 4-DEROUA

Tel: 05 33 52 47 07

10/11/05 22 52 47 07

Dr. GOUAL Mohamed

10 - 03 - 2005

INPE: 06 20 74 810
55.00

1) Anexol p. 250g (ج)

250 x 250g (ج)



2) Humex sulphage (ج)

1 pastille + 1

LA PHARMACIE REGIONALE

Dr. Saad BEITELLOUN
Imm. 94, Le 100 Maitre 4-DEROUA

Tel: 05 33 52 47 07

3) Lebogline 500mg (ج)

100 x 3

35.00

Dr. Dilal MOUNIR
Medecin générale

الطباطي 101 - الدروة
05 22 64 39 00

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

تجزئة النجاح رقم 39 - الطابق الأول - الدروة

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV. :

18,00



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

LOT: M20147
EXP: AOU 2022
PPV: 35,40 I

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