

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0036402
123998
MUPRAS RECEPTION ☐ Optique ☐ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1367 Société : R.A.M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DRALI Abdenebi
 Date de naissance : 1952
 Adresse : 5ème adresse
 Tél. : 0661862867 Total des frais engagés : 1243,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/07/2022
 Nom et prénom du malade : ABDOU ALI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : 21/7/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
19.07.22	CS		120.50	
	INDE	06726060		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.07.22	1.123,60

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	PC	IM	IV	

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 canaux, 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"/>

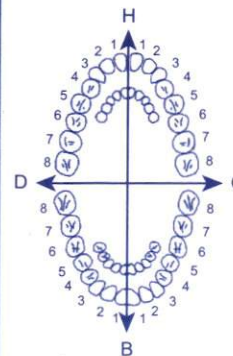
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	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

Dr. Dilal MOUNIR

Médecine générale

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



د. ظلال منير

الطب العام

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

22 - 07 - 18

مرضى KARDIOLOGIST ATEL

126.80 x 3

1) Zoloft 50 mg (50 mg)

84.80 x 3

2) Enalapril 50 mg (50 mg)

95.00 x 3

3) Metoprolol 50 mg (50 mg)

65.80 x 3

4) Aspirin 100 mg (100 mg)

الهاتف: 06 33 94 88 00 - 05 22 51 47 67 Tél.:

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة

118.20

Dr. DILAL MOUNIR
Medecin générale
Lot. Annajah N°39 1er Etage Deroua
06 22 51 47 67 - 06 33 84 86 09

Dr. DILAL MOUNIR
Medecin générale
Lot. Annajah N°39 1er Etage Deroua
06 22 51 47 67 - 06 33 84 86 09

T = 1123,60

قرصا قابلا عن طريق
LOT 220595 1
EXP 02 2026
PPV 95.00 DH
EXP 02 2026
LOT 220595 1

95,00

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad EL CHELLOUN
Imm. 94 Lot. EL MITTAL 2-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 67

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V. : 45DH20
LOT : 22E008
PER: 03 2025

UT .AV : 09 2026 P.P.V.
LOT N° : FM 675 126 3
UT .AV : 09 2026 P.P.V.
LOT N° : FM 675 126 3
UT .AV : 09 2026 P.P.V.
LOT N° : FM 675 126 3
UT .AV : 09 2026 P.P.V.
LOT N° : FM 675 126 3

PPV: 84DH80
PER: 04/25
LOT: L1576

PPV: 84DH80
PER: 04/25
LOT: L1576

Conserver dans un endroit sec à l'abri de l'humidité.

118.20 DH
Lot: E220505
Per: 04-2025

ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT

PPV: 84DH80
PER: 04/25
LOT: L1576