

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-821140

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10933

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BEN HALIMA LOUBNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 73 06 63 41

Total des frais engagés : 14.000 Dhs

Optique

PEC Dent Autres

204112

Cadre réservé au Médecin

Dr Anass LABZOUR
Pédiatre - Implantologue
123, Résidence SAPHIR 2 Mars
Avenue 2 Mars 2ème Etage
Casablanca - Tel : 0522 28 00 79
INP 094018080 ICE 0016613500016
ID 44610393 - Patente 34460256

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BEN HALIMA LOUBNA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse

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 : 30/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-821140

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 : 10933

Nom de l'adhérent(e) : BEN HALIMA LOUBNA

Total des frais engagés : 14.000 Dhs

Date de dépôt : 08/05/2024

RELEVE 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

VOLET ADHÉRENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

CABINET DR LABZOUR ANASS

CABINET DE PARODONTIE

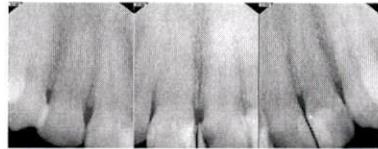
CASA LE 30 04 2024

NOM DU PATIENT

MME MAMOU LOUBNA Ben Halima

BILAN RADIO

DENTS 12 11 21 22



Dr Anass LABZOUR

Parodontiste - Implantologue

123, Résidence SAPHIR 2 Mars

Avenue 2 Mars 2ème Etage

Casablanca Tel. : 0522 28 00 79

INP 094016060 ICE 001664135000016

ID 44610393 Patente 34460250

123 RESIDENCE SAPHIR 2 MARS ANGLE IBNOUHAJJAJ AVENUE 2MARS

CASABLANCA

Dr Anass LABZOUR
Parodontiste - Implantologue
123, Résidence SAPHIR 2 Mars
Avenue 2 Mars 2ème Etage
Casablanca Tel. : 0522 28 00 79
INP 094016060 ICE 001664135000016
ID 44610393 Patente 34460250