

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° W19-420197

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 32117	Société : LAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENNANI HASSAN			
Date de naissance : 17/09/1977			
Adresse : 7 Rue MOZART			
Tél. : 0661 3361 40			
Total des frais engagés : 04 SEP. 2019 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
ACCUEIL			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : INFILTRATION			
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 : _____ Le : _____			
Signature de l'adhérent(e) : _____			

VOLET ADHERENT
Déclaration de maladie
N° W19-420197
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).
 MUPRAS Matricule : 04 SEP. 2019 Nom de l'adhérent(e) : Ben Hassane Total des frais engagés : 04 SEP. 2019 Date de dépôt : ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26/05/19	INFIRMIER	15/600	600	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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 l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25.81.11 - 23.45.29
Fax : 05 22 23 45 40

PHARMACIE TAHIAJA
Nadia L'AVENUE AMA
Avenue du Phare, Résidence lagracy
Casablanca Tel. : 05 22 20 28 67
Casablanca, le 26/08/2011

13810 x 8

PPV 16DH60
PER 10/21
LOT H2288-2

PPV 16DH60
PER 03/21
LOT H555-1

PPV 16DH60
PER 10/21
LOT H2288-2

PPV 16DH60
PER 10/21
LOT H2288-2

LOT: 06219005
PER: 01-2024
PPU: 47,90 DH

479

PPV 16DH60
PER 03/21
LOT H555-1

LOT 171271
EXP 07/2020
PPV 99.00DH

0 Alginate 200

990 x 10 x 2 x 18.

0 Oily 20 x 2

879

0 Delaunay 100 x 10 x 2 x 30

867

0 Srl. Gel 150g x 10 x 2 x 30

LOT: 170110
DLUO: 07/2020
87.00 DH

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 4000Uantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH
6 118001 080472

6 118001 030293

SIRDALUD® 4 mg
Comprimé pelliculé

PPV = 86,70 DH

00726749

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

26 6 66

O in flax. fl.
184,00

Lot : 001/07
Exp : 06/2021
PPC : 184,00DH

raf 18 3'



~~CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA~~

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

16/6/61

① Hypoglycémie

② Neptuine



مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le
26/06/2019

NOM , MR BENNANI ZYAD

DOCTEUR , LATIF IDRISI

FACTURE 0966/2019

DESIGNATION	TOTAL
*LATIF IDRISI	600,00
*PHARMACIE	460,00
*PART CLINIQUE	50,00
TOTAL	1110,00

Arrêtée la présente facture a la somme de ,

MILLE CENT DIX DIRHAMS

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass - Casablanca
Tél: 05 22 990 990 - Fax: 05 22 23 45 40

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

26/06/2019

NOM , MR BENNANI ZYAD

DOCTEUR ,LATIF IDRISI

DESIGNATION	TOTAL
*HYALGAN	360,00
*DIPROSTENE	60,00
*COMPRESSE ST	20,00
*SPARADRAP +BETADINE	20,00
TOTAL	460,00

Arrêtée la présente facture à la somme de '

QUATRE CENT SOIXANTE DHS

600,00
CLINIQUE MACHREB
70, rue de la Paix 1205
Tel: 052.290.00.00 Fax: 052.2345.40
CLINIQUE MACHREB
70, rue de la Paix 1205
Tel: 052.290.00.00 Fax: 052.2345.40

Bon de Consultation

Nº 29335

Date 25/04/19

Nom :

BENNANI ZYAD

Médecin traitant :

DR DRISSI

- Consultation :

600 DHT

- Imagerie :

50 DHT

- Laboratoire :

1060 DHT

- Autres :

460 DHT

- Total

1766 DHT

- Clinique :

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Cadi Iass Maârif

Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.73345.40

- Laboratoire :

CASABLANCA ⑤

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
CASABLANCA ⑤
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.73345.40