

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° W21-603300

55165

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7335	Société : ROM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENTAHIN MOHAMED			
Date de naissance : 21/01/20			
Adresse :			
Tél. : 06 64 99 71 49 Total des frais engagés :			



Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/01/2021			
Nom et prénom du malade : LAZRAK HANANE Age : 15/08/72			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : CES

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/01/2021

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-603300	
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 : 7335	
Nom de l'adhérent(e) : BENTAHIN	
Total des frais engagés : 2230,00	
Date de dépôt :	

description des actes effectués

وصف العمليات المحرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

CIM - 10

التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ الموقر Date d'exécution	الثمن الموقر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25-11-2022	1780,00	
	INP : 992041332	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

INP :

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					
INP : 					

7335 compl dossier

Royaume du Maroc



MME HANANE LAZRAK
RES AL FAJR IMM K APPT 15
AL QODS SIDI BERNOUSSI
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000065401567

Accusé de Réception

N° Réception : 65401567
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : LAZRAK HANANE
Immatriculation : 43866741 / 500335500
Nom et Prénom Bénéficiaire : LAZRAK HANANE
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 5/01/2021 13:17
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur du dossier : 2230,00
Nombre de pièces : 10
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :
Etablissement :

7335 compl dossier



MME HANANE LAZRAK
RES AL FAJR IMM K APPT 15
AL QODS SIDI BERNOUSSI
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000065401567

Accusé de Réception

N° Réception : 65401567
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : LAZRAK HANANE
Immatriculation : 43866741 / 500335500
Nom et Prénom Bénéficiaire : LAZRAK HANANE
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 5/01/2021 13:17
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur du dossier : 2230,00
Nombre de pièces : 10
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :
Etablissement :

Dr Darif Abdellatif

Médecin spécialiste
en maladies Cardiovasculaires
et l'hypertension artérielle

الدكتور ضريف عبد اللطيف

طبيب اخصاصي
في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي



Casablanca, le NOV 2001

la max. française

1780,00

188,00
① Sulai 160/5 SV 1-00

81,50

② Aigle

420,0

115,60 Cons

24,60

③ Pétillie SV

1-00

99,50

④ Neffine SV

1-11

28,80

⑤ Mediculine SV

1-00

169,00

⑥ Delon SV

1-00

84,50

⑦ Dr. phil. bauer SV

1-00

Dr. Darif Abdellatif
طبيب اخصاصي في أمراض القلب والشرايين
دارين SPECIALIST IN CARDIOLOGY AND HYPERTENSION
Mawada, 8th floor, 20320 Casablanca - Tel: 05 22 62 62 94 - Fax: 05 22 62 62 94 - Urgence: 06 64 42 72 72
06 64 42 72 72

اقامة المودة عمارة ٨ شقة ٨ شارع ابن تاشفين - 20320 الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 62 62 94 - الفاكس: 05 22 62 62 94 - مسحوقات: 06 64 42 72 72

