

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-631990

*Par
com*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule	9 383	Société	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	79287
Nom & Prénom : MOUSTAKIM SAMIRA			
Date de naissance :	28.03.68	Adresse :	
Tél. :	06 61 51 85 54	Total des frais engagés : 566 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
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 :			
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° W21-631990
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	



Ce plug-in n'est pas compatible.

Accueil > Application > assure app



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

Information

ENREGISTRE 2

REJET 1

PAYE

ACCORDE 1

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 4	-	15/06/2021	Virement	-	2 164,10	1 326,42	308,34	1 634,76
	67876599	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	147,60	41,02	9,38	50,40
	67877010	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	910,30	631,24	148,91	780,15
	67876973	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	540,00	431,20	107,80	539,00
	67876941	24/05/2021	Payé en : 22 jours	MEZIANI RAFIK	566,20	222,96	42,25	265,21
- 3	-	05/05/2021	Virement	-	2 312,10	1 409,00	350,00	1 759,00
	67256705	15/04/2021	Payé en : 20 jours	MEZIANI RAFIK	500,00	264,00	66,00	330,00
	67256653	15/04/2021	Payé en : 20 jours	MEZIANI RAFIK	512,10	105,00	24,00	129,00
	67256599	15/04/2021	Payé en : 20 jours	MEZIANI RAFIK	1 300,00	1 040,00	260,00	1 300,00
- 2	-	31/03/2021	Virement	-	1 375,00	556,17	104,69	660,86
	66447412	03/03/2021	Payé en : 28 jours	MEZIANI RAFIK	763,80	177,68	18,18	195,86
	66447434	03/03/2021	Payé en : 28 jours	MEZIANI RAFIK	611,20	378,49	86,51	465,00
■ 1	-	25/12/2020	Virement	-	2 400,00	800,00	100,00	900,00
■ 1	-	03/11/2020	Virement	-	550,00	360,00	50,00	410,00
■ 1	-	30/06/2020	Virement	-	532,90	160,60	14,28	174,88

Royaume du Maroc



MR RAFTK MEZTANI
SECT 09 RES DAR EL ME DI
NO3 APT 23 RUE ROMANE HA
RTAD RABAT
10000 RABAT RP

67876941

Accusé de Réception

N° Reception : 67876941

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : MEZTANI RAFIK

Immatriculation : 93540171 / 090421115

Nom et Prénom Bénéficiaire : MEZTANI RAFIK

Biens Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS

Date et heure : 24/05/2021 14:09

Lieu de réception : SAIE 92601

Valeur du dossier : 566,20

Nombre de pièces : 6

Code Agent : 9MGE396

Code établissement :

Etablissement :

This image shows a document page that has been heavily redacted with black ink. The redaction is most prominent in the upper half of the page, where several large rectangular areas have been covered. In the lower portion of the page, there is a large, handwritten signature that appears to read "ALFRED KREBS". Below this signature, there is a faint, printed text that is mostly illegible due to the redaction. Some words that can be partially read include "SEARCHED", "INDEXED", "SERIALIZED", "FILED", "APR 19 1968", and "FBI - LOS ANGELES". There is also a small number "424" located near the top center of the page.

CLINIQUE DU
BOU REGREG

صحة
أبي رقرق

أوتيباكس®

لمنازنون، كثوريدرات النيدوكيدين

محلول
 نقطه الأنفي

قارورة بالقطارة

OTIPAX®

Solution pour instillation auriculaire
Flacon de 16g

6 118000 370024

Lot. 3545
Per.: 06 2023
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

06 61 90 38 48 / 05 37 72 25 46 / 05 37 70 55 41
R.C. : 42805/93 Patente : 251 22 943 C.N.S.S. : 1
BMCE RABAT : 81009210006012329

CLINIQUE DU
BOU REGREG

صحة
أبو رقراق



أوتيباكس®

فنتازون، كوريزان، سيد بيرن

محلول
 نقطبر أذني

الارورة بالقطارة

OTIPAX®



Soluté pour instillation auriculaire
Flacon de 16g

6 118000 370024

Lot. 3545
Per. 06 2023
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

06 51 90 38 48 05 37 72 25 46 / 05 37 70 55 41
R.C. : 42805/93 Patente : 251 22 943 C.N.S.S. : 1
BMCE RABAT : 81009210006012329