

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

Nº W21-822084

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

11024

Dentaire

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

HABEL MALEK Mounia

Optique

Autres

Date de naissance :

20/01/1973

Adresse :

9, Rue Bachir Laalayi, Malfleur, Casablanca.

Tél. : 0661415073

Total des frais engagés : 250,- 256,- 80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouad LEFRAYAH
Médecin Généraliste

Date de consultation 10/03/2024

Nom et prénom du malade : HABEL MALEK Mounia Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

arthralgie

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.

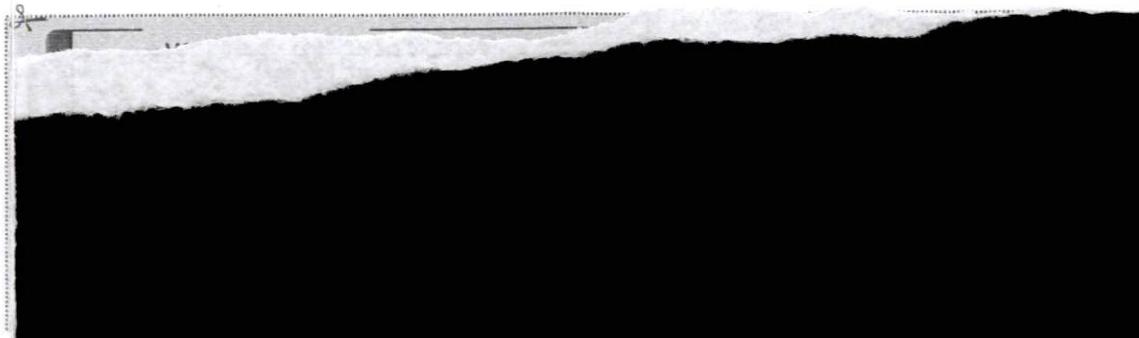
22 MAR 2024

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 : casab

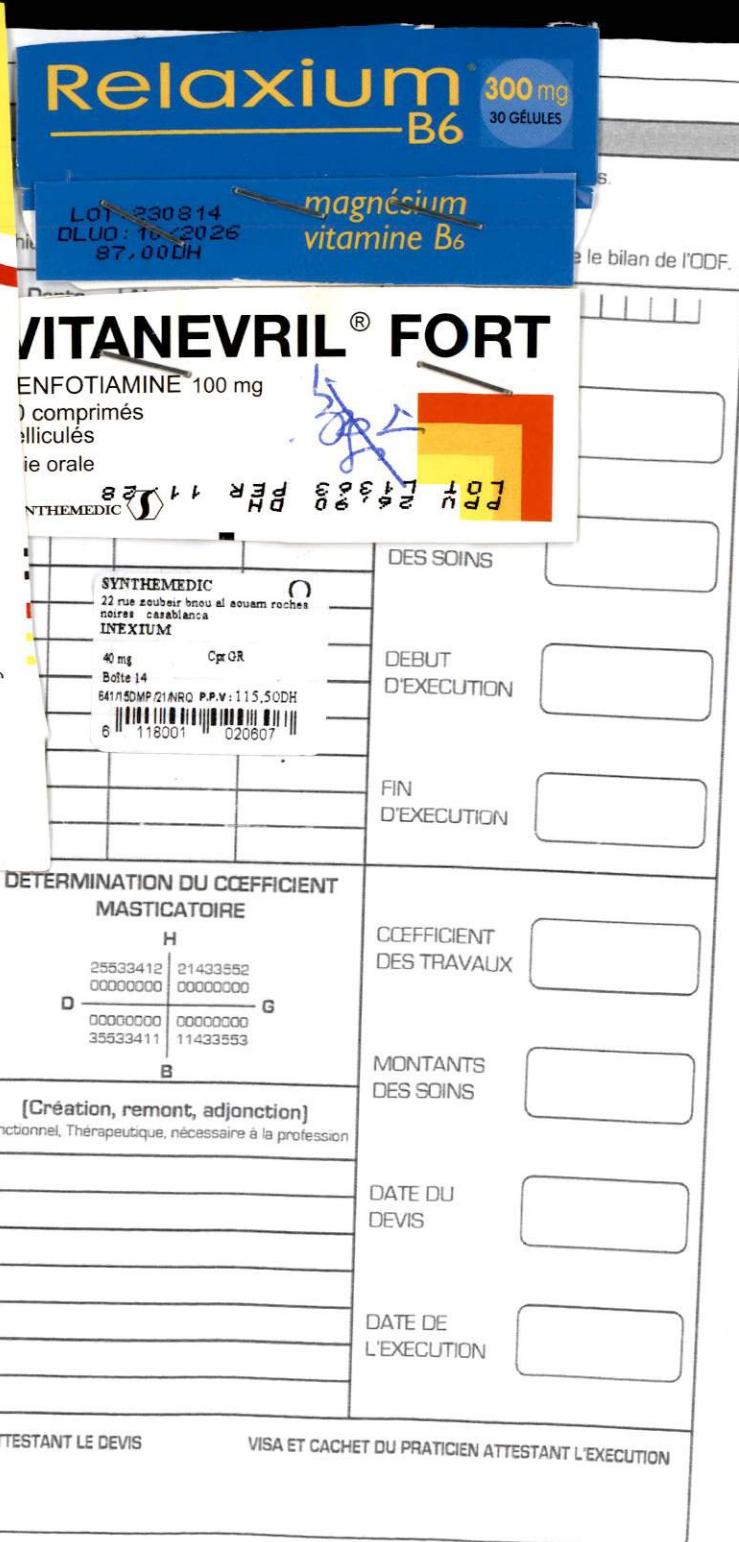
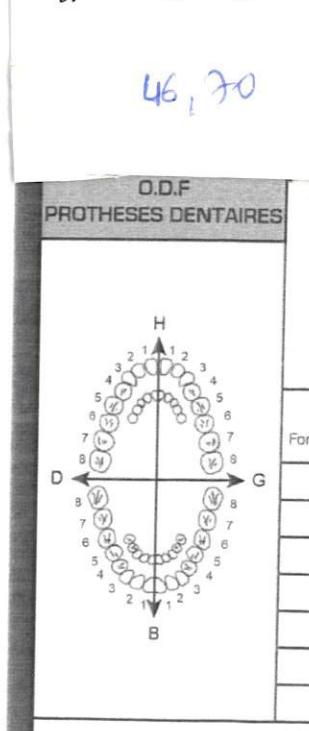
Le : 10/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/03 22/04	CS	1/CS150	150 = 811 NOU D4	INP : 0673268812

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						





YANIS ASSISTANCE
05 20 320 023

Yanis assistance

Casablanca le, 10.10.2024.

Ordonnance

NOM ET PRÉNOM

HABEL FALEK MOUNIA

1) Difal so my
1 g x 3/1 s i.d.t s i
(S.V.)

43 Y
2) Cpt xax
1 g x 3/1 s i.d.t s i

3) D amc forte
1 a p s o
1 A g s m

87 1 P
4) Relax 300 mg
2 g/15 dft 1 nuz

26 1 P
Dr. Mouad LEFRAYAH
Médecin Généraliste
Dr. Médecin de Garde
YANIS ASSISTANCE / A

~~DR. MOUAD LEFRAYAH
HARMAZIE SOCRATE
13, Bis Rue Bou Malat Chantime
Maârif El Bentanq Casablanca
Tel: 0522 94 81 10~~

Adress. Addoha 2 imm 5 sidi moumen jdid
R.C.520011 - I.C.E. 002925670000024 - I.F. 50587170
Tél : +212(0) 5 20 320 023 - Email : Yanisassistance@gmail.com

26/9/0

b) Vitanorm l
MS, S.O 17/10/2006
b) FORTAL 3 mg/100 ml
S.V. Dr. Mouad ELERAYAH
Medecin Généraliste
M.P.

T = 256,80

~~PHARMACIE SOCRATE~~
53, Bis Rue Ibnou Majat Chantimar 2
Majorextention Casablanca
Tel: 0522 94 81 10