

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	1765
Société :	R AM 1994/15
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : SADDI Noureddine	
Date de naissance :	8.4.52
Adresse :	Rr. Al Qasrana Attai 1/2 El amalach
Tél. :	06 613 76 164
Total des frais engagés :	367.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	29/11/23
Nom et prénom du malade :	SADDI Noureddine
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	Affection respiratoire
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 :
Signature de l'adhérent(e) : *Ben ACCUEIL*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-026634

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 : 367.50
Date de dépôt :

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
29 NOV. 2023		C	G 271449	Dr. Hafsa Présent en remboursement Res. Jafar. Jems 555-1000 Raktech - Tel: 05-24-42-00-22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.11.20	367.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

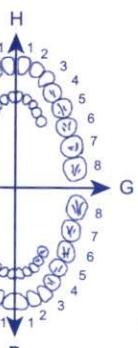
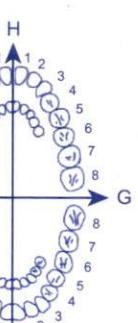
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Hafsa SAJAI



Spécialiste en Pneumologie
Phtisiologie-Allergologie-Tabacologie
Ronflements et Apnées du sommeil
Ex-enseignante de la faculté de médecine
et de pharmacie de Marrakech

بروفيسور حفصة السجع

أخصائية أمراض الجهاز التنفسية
داء السل-الحساسية-الاكلان عن التدخين
الشيخير و توقف التنفس أثناء النوم
أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلية بمراكش

Marrakech le :

29/11/2023

مراكش في :

MR SADDIQI NOUREDDINE

63,20

- Zyrtec 10 mg - comprimé pelliculé sécable
un comprimé le soir pdt 1 mois

92,40

- Defax 30mg
1 comprimé et demi par jour apres petit déjeuner pendant 5 jours

89,50

- Maxitone - ampoule buvable
une ampoule par jour pendant 10 jours

30,00

- Oedès 20 mg - gélule
1 Gélule le matin à jeun pdt 7 jours

367,50



Dr. Hafsa SAJAI
Professeur en pneumologie - Allergologie
Rue Tissir 12, Marrakech - Maroc
Téléphone : 0524 420027
Email : pr.hafsasajai@gmail.com

Résidence Tissir Appt. 12, 2ème étage, route Targa et rue Lieutenant Lamure, En face de la place d'Armes
Quartier Youssef ben Tachfine. Guéliz. Marrakech - ☎ 06 77 760 801

Barcode
071271449

✆ 0524420027 ✉ pr.hafsasajai@gmail.com ✖ www.pneumo-marrakech.com

ICE: 00289713600068 IF: 50495905 TP: 45107788

ديفلازاكور

DEFAX® 30 mg

Déflazacort

10 comprimés sécables



6 118001 220816

AMM N° 13/2020 DMP/21 NCV



PPV: 92,40 DH

LOT 22/878
EXP 08/2025
EMG



Zyrtec 10 mg
15 comprimés sécables
AMM N° 60/19 DMP/21 NCGDM



زيرتيل® 10 مل.
15 فرما ملمس قابل للكسر
ذكي كلورهيدرات الستيروزين

63,40

