

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° W19-507979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0827 Société : 15306

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : BENAMARA BENSALEM

Nom & Prénom : BENAMARA BENSALEM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661210858 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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) :



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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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 AFI Ben Abdallah - 6ème étage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Abdallah Ben Abdallah - Quartier Na'fio - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 21 45 45 (L3) - Fax : 05 22 22 78 78 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-409898

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0827 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEN AFARA Ben Salem

Date de naissance : 1942

Adresse : Résidence Omar Appt N°1
Route de Safi Marakech

Tél : 0661210858 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN AFARA BEN SALEM Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CPC / 8860 Sereu

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° W19-409898

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
G2		200 DHS	INP : INPE 071083844 الدكتور عبد الله التزاري Dr. Abdallah ENEZARI Spécialiste des Maladies Maxillo-faciales 20, rue des Frères El Mansouri Casablanca, Maroc	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie GALIEN Dr. Malika TALHI 12775 - Marrakech Lot 11 Tel: 072065758 ICE 00042734500029	09/12/19	Pharmacie GALIEN Lot 11 Tel: 072065758 INPE 072065758 ICE 00042734500029

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>25533411</td> <td>21433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	25533411	21433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	25533411	21433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Abdallah ENEZARI

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Allergies Respiratoires E.F.R. Fibroscopie Bronchique

Ancien Medecin Chef du Centre de Diagnostic
de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires de Marrakech
Ancien Medecin Chef du Service de Pneumologie (Ibn Zohr)



الدكتور عبد الله النزاري

إختصاصي في امراض الجهاز التنفسي
الحساسية التنفسية فحص الوظيفة التنفسية
التنظير القصبي
رئيس سابق لمركز تشخيص داء السل
والامراض الصدرية بمراكش
رئيس سابق لقسم امراض الجهاز التنفسي (ابن زهر)

مراكش في 09/12/2019

MR BEN AMARA BEN SALEM

- **Ultibro breezhaler 110 µg / 50 µg**
1 dose, matin, pendant , 3 mois
- **bronchodual aerool**
2bouffees x 3/jour x 10 jours
- **Cortancyl 20 mg**
1 Comprimé, matin, après les repas, pendant , 5 jours
- **Lasilix 40 mg**
2 Comprimé, matin, soir, pendant 15 jours

210,00 x 3 = 630,00 et 1 Comprimé

• **Ronchodual Aerol** n° 03

1 dose x 3 fois

29,50 x 12 = 354,00

68,80 x 3 = 206,40

45,30 x 4 = 181,20

21,27 x 50 = 1063,50

21,27 x 50 = 1063,50

21,27 x 50 = 1063,50

21,27 x 50 = 1063,50

21,27 x 50 = 1063,50

21,27 x 50 = 1063,50

21,27 x 50 = 1063,50

Pharmacie GALIEN
Tel: 05 24 42 29 26
INPE 07 206 57 58
ICE 0004273450

الدكتور عبد الله النزاري
Dr. Abdallah ENEZARI
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Allergies Respiratoires
RCC Amm & Angl. 64 29 26
Centre Américain - Tél: 05 24 42 29 26

إقامة أحلام ب ملتقى شارع يعقوب المنصور والمركز الأمريكي شقة 4 الطابق 2 جليز مراكش الهاتف

Rcc Ahlam B Angle Av. Yacoub El Mansour et Centre Américain

Appr. B4 2ème étage Guéliz Marrakech • Tél.: 05 24 42 29 26

E-Mail: a.e_enezari@gmail.com

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Cortancyl® 20mg

20 Comprimés



6 118000 060680

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

ROMILAST® 10 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés



6 118001 300372

Comp
Monté
Equip
Excep
Excip
Indic
Pre
Tenir
A cor
à l'ab
COD

ALIEN

BI 1010 00
E 072005758
00042734500029

ROMILAST® 10 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés



6 118001 300372

Composi
Monté
Equivale
Excipient
Excipient
Indication
& Préca
Tenir ho
A conse
à l'abri
CODE N



6 118001 040018

ATROVENT 0,50 mg / 2 ml
(Bromure d'ipratropium)

Solution pour inhalation par nébuliseur
10 unidoses

BOTTU S.A.

PPV : 68DH80

ROMILAST® 10 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés



6 118001 300372

Composi
Monté
Equivale
Excipient
Excipient
Indication
& Préca
Tenir ho
A conse
à l'abri
CODE N



6 118001 040018

ATROVENT 0,50 mg / 2 ml
(Bromure d'ipratropium)

Solution pour inhalation par nébuliseur
10 unidoses

BOTTU S.A.

PPV : 68 DH 80

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

ID : 625487
PPV : 29 50 DH



6 118001 141296



6 118001 040018

ATROVENT 0,50 mg / 2 ml
(Bromure d'ipratropium)

Solution pour inhalation par nébuliseur
10 unidoses

BOTTU S.A.

PPV : 68 DH 80