

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-507979

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 0897

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

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

Age:

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) : AGUEUIL

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 R&D Ben Abdellah - 5ème étage - Angle Rue Mokhtar El Beldi et Rue Dr. Ben Abdellah - Quartier de l'Idrissi - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 21 45 45 (L3) - Fix : 05 22 22 78 18 - 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 AYARA Ben Salem

Date de naissance :

1942

Adresse :

Residence Omaiz Appt N°1
Route de Safi Marakech

Tél. :

0661210858

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

BEN AYARA BEN SALEH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CPL 188 Co Sevru

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-409898

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
DEL 2018	G2		200 NIS	INP : INPE : 071083844 الدكتور عبد الله النزارى Dr. Abdallah ENEZARI Spécialiste des maladies respiratoires

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
macie GALIEN 131 Malika TALIBI 131 Abdelloum KARIM INPE 072065758 ICE 002734500029	09/12/19	Pharmacie GALIEN 131 Malika TALIBI 131 Abdelloum KARIM INPE 072065758 ICE 00842234500029

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
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				<input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	25533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	25533411	11433553																	
	B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la prothèse</p>				<input type="text"/>														
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<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

*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 النزارى
اختصاصى فى امراض الجهاز التنفسى
الحساسية التنفسية فحص الوظيفة التنفسية
التقطير القصبي
رئيس سابق لمراكز تشخيص داء السل
وامراض الصدرية بمراكش
رئيس سابق لقسم امراض الجهاز التنفسى (ابن زهر)

مراكش في Marrakech le 09/12/2019

MR BEN AMARA BEN SALEM

- Ultibro breezhaler 110 µg / 50 µg
1 dose, matin, pendant , 3 mois
 - bronchoduál aeroool
2bouffées 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

2 Compresse, matin, soir, pendant 15 jours, pris
210,00 x 3 = 630,00 € pour 6 unités et 1 Crème
o. Bouteille 100g n° 03

1 jet 1g x 08ml

29,50 €

o. Breathing solution n° 04

68,80 x 3 = 206,40 € pour 6 unités

45,30 x 4 = 181,20 € pour 6 unités

150,17 n° 4

Verblue Aerosol aéz

Pharmacie Générale GALIEN

11 27,50

Dr. Abdallah EMEZARI
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Asthma, Bronchite, Tuberculose, etc.
Rue Ahmed El Mansour, 100, 16000 Casablanca
& Centre Américain, 100, 16000 Casablanca
Tél. 05 22 42 29 76

الدكتور عبد الله إمزاري
متخصص في الأمراض التنفسية
الرئتين، التهاب الشعب الهوائية، التهاب المخاط، إلخ.
العنوان: 100 شارع عبد الله إمزاري، الدار البيضاء 16000
و 100 شارع أميركا، الدار البيضاء 16000
الهاتف: 05 22 42 29 76

SV

SV

SV

SV

إقامة أحلام ب ملتقى شارع يعقوب المنصور والمركز الأمريكي شقة 4 الطابق 2 جيليز مراكش العاشر
Re: Centre Américain
Gueliz Marrakech • Tel.: 05 24 42 29 26
Appartement B4 2ème étage Guéliz Marrakech • Tél.: 05 24 42 29 26
E - Mail: a.e.ezari@gmail.com

