

## 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° W19-445101

03  
*(Date)*

03

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

23965

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 051021

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHAZRAJI Nohamed

Date de naissance : 1954

Adresse : 29 Rue R Koutoubia Masmoudi/TARSA MAROC

Tél. : 066 187 83 16

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الله التزارى  
Dr. Abdallah EMEZARI  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Allergies Respiratoires  
Rue Anzam El Angui, av. Yacoub El Mansour  
& Centre Américain Appt. B4 2ème étage  
Casablanca - Maroc - Tel: 05 22 42 00 65

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL KHAZRAJI Brahim

Age : 13 ans

Lien de parenté :  lui-même  conjoint  enfant

Nature de la maladie : *rhume*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentialité 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) :

Le :

ACCUEIL

05/03/2020

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-445101

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**

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
MAR 2020	G		20000	INP : <input type="text"/> INPE : <input type="text"/> 071089844 Andallah EMEZARI <small>PHYSIOTHERAPEUTE</small>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE NAKHIL</b> Yacoub EL Mansour El Marrakech - Tél : 05 24 44 71 35	20/03/20	272.00
		<b>072074339</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### Violet Adherent

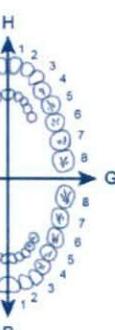
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000  <b>D</b> <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553  <b>B</b>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

الدكتور عبد الله النزارى

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسى

الحساسية التنفسية فحص الوظيفة التنفسية

التقطير القصبي

رئيس سابق لمراكز تشخيص داء السل

وامراض الصدرية بمراكيش

رئيس سابق لقسم امراض الجهاز التنفسى (ابن زهر)

Dr. Abdallah ENEZARI

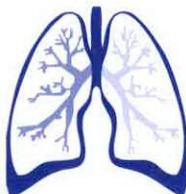
Spécialiste des Maladies Respiratoires

Allergies Respiratoires E.F.R. Fibroscopie Bronchique

Ancien Medecin Chef du Centre de Diagnostiq

de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires de Marrakech

Ancien Medecin Chef du Service de Pneumologie (Ibn Zohr)



مراكش في .....  
Marrakech le 02/03/2020

PPV: 103,60 DH  
LOT: 614189  
PER: 05/21

ENF EL KHAZRAJI BRAHIM

- 103.60 • Amoxil 1 g  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 8 JOURS.
- 100.00 • metanaz  
2instillations par narrine 1mois
- 58.40 • Solupred 20 mg  
2comprimés matin, après les repas, pendant , 5jou

58.40  
Solupred 20mg

صيدلية النخل  
PHARMACIE NAKHL  
Rue Nakhl Av Yacoub El Mansour  
Marrakech -Tél : 05 24 44 71 35

الدكتور عبد الله النزارى  
Dr. Abdallah ENEZARI  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Allergies Respiratoires  
Rue Ahlam B Angle Av. Yacoub El Mansour  
6, Centre Américain Apt. B4 2ème étage  
3 Guéliz - Marrakech - Tel.: 05 24 42 29 26

إقامة أحلام ب ملتقى شارع يعقوب المصور والذكر الأمريكي شقة 4 الطابق 2 جليز مراكش الهاتف: 05 24 42 29 26

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

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

E-Mail: a.enezari@gmail.com