

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.

macie :

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 caractére 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 M21- 0026547

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2733**

Société :

66988

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **EL Aidi MBAREK**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 58 44 60 92**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : **EL Aidi Aimane** Age:

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-026547

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 :

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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 canalaire, 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 canalaire.

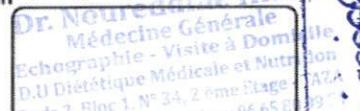
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2733</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL AIDI MABAREK</u>			
Date de naissance : <u>01/03/1956</u>			
Adresse : <u>EL QODS 2, BLOC 1 NR 51 TAZA</u>			
Tél. : <u>06 58 11 66 22</u> Total des frais engagés : _____			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. NEUREDDINE ALLAL BEN ABDELLAH Médecine Générale Echographie - Visite à Domicile D.U Diététique Médicale et Nutrition Bât. 2, Bloc 1, N° 34, 2 ^e étage 06 58 11 66 22			
Date de consultation : <u>04/03/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL AIDI MABAREK</u> Age : <u>30 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>bronchite</u>			
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 : TAZNA

Signature de l'adhérent(e) : El Aidi

Le : 05/04/2021

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
03/12/2020	C	-	150.000,00	INP : 1611810214 Dr. Noureddine Généraliste Médecine à Domicile échographie, Visite et Consultation 012 Diététique, 2ème Etage - TAZA 012 Bla... 06 65 20 95 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ATTAFUIK I BOUTEILLES en Pharmacie N° 44 - TATA av Qods II, Bloc 1, N° 44 - TATA TAI: 05 35 21 02 54</p>	10/03/2023	186,20 DH

Dr. Noureddine HILMI

Médecine Générale

Echographie - Visite à Domicile

D.U Diététique Médicale et Nutrition

D.U Dermatologie Interventionnelle

Lauréat de La Faculté de Médecine
et de Pharmacie - RABAT

الدكتور نور الدين حلمي

الطب العام

الفحص بالصدى - عيادات منزليه

دبلوم جامعي في التغذية الطبية والجمالية

دبلوم جامعي في طب الجلد التدخلي

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Taza, Le

04 MARS 2020

EL Moudi SURANCE

$63,00 \times 2 = 126,00$

11) Sophrir 876 mg

100x13 a 36y

PHARMACIE ATTAAOUFIK
Ali BOUTBAKI: Dr en Pharmacie
Hay Oods II, Bloc 7, N° 44 - TAZA
Télé: 05 35 21 01 54 88
fax: 05 35 21 01 54 2

341,00
2) Betasténe gtt
130 gtt 1/2 9.7 x 6y

18,50

3) Amnathix 876 mg
100x21y 9.7

11,70

4) Doliprane 200 mg
100x10 9.7

186,20

القدس 2 بلوك 1 رقم 34 الطابق الثاني <> قرب مقهى روتي دام <> تازة الجديدة

هاتف العيادة: 06 65 80 99 74 05 35 21 02 37

Dr. Noureddine HILMI
Médecine Générale
Echographie - Visite à Domicile
Diététique Médicale et Nutrition
Dermatologie Interventionnelle

Doliprane® 200 mg

PARACETAMOL

10 SUPPOSITOIRES



6 118000 040309

HARWARECIE ALVONIK
VII SOUDLBRNÍ: Dl. u. m. s. v.
M. A. G. J. N. V. A. T. V. A.
161: 02 32 51 01 24

Saphir® 100 mg/12,5 mg/ml

Flacon 60 ml



6 118000 082538

Saphir® 100 mg/12,5 mg/ml

Flacon 60 ml



6 118000 082538

AMM 123 DMP/21/NNP

Betacone 0,05%, solution
Onciale, flacon de 30ml



6 118000 091806

RHINATHIOL 2% ENF

SIROP FL 125 ML

P.P.V : 18DH50



Lot : 19E001
Per. 09 2022

6 118000 061434