

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

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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.

N° M21-

063445

17556.

Cerumic

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00429

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Ben Hayoun Tours

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN HAYOUN Tours, 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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 63445

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 :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire						
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553
D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553					
				Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution				

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
---	--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0015428		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

P 14 / 0015428

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction		Phones	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <i>BENAHAYOUN Ismaïl</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date <i>5/17/2021</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>er</i>			<i>200,90</i>
PHARMACIE	Date <i>5/17/2021</i>		
Montant de la facture <i>875,60</i>			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraire	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		
		CACHET	

Dr Abdessadeq JAMALI

Pneumologue-Allergologue

خرير كلية الطب بمونبولي - فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسى

Diplômé des maladies respiratoires - Tuberculose
CES d'Immunologie et Allergologie clinique

طبيب سابق بمستشفى فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Radiologie-Bilan allergologique-Endoscopie branchoise
Exploration Fonctionnelle Respiratoire - Gaz du Sang



الدكتور عبد الصادق جمالي

اختصاصي في أمراض الصدر والحساسية الكبار والصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier, France
Membre de la Société Française des Maladies Respiratoires

جاز في أمراض الصدر وداء السل
جاز في أمراض المخاعة والحساسية (الضيق)

Ancien médecin des Hôpitaux de France
Ancien médecin à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الفحص بالأشعة - التقطير القصبي
تحليل الحساسية - فحص الوظيفة التنفسية

05/07/2021



MME BENHAYOUN TOURIA

188,00
248,00

1. Seretide diskus 250µg/50µg
1 dose, matin, soir, pendant 3 mois

2. METANAZ
2 pulvérisations nasales le matin pendant 3 mois

3. Desyal 5mg
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

79,80
79,8
875,60

صيَّلَيْلَةُ الْمُحَمَّدِيَّةُ
PHARMACIE MOHAMMADIA
N° 100 Av. DEBBAGH A.
Tél : 05 24 30 28 78

Rendez-vous le : الموعود :

صيَّلَيْلَةُ الْمُحَمَّدِيَّةُ
PHARMACIE MOHAMMADIA
N° 100 Av. DEBBAGH A.
Tél : 05 24 30 28 78



شارع الحسن الثاني بباب دكالة عمارة الأحياس مدخل G رقم 2 الطابق الأول - 40000 مراكش

Av. Hassan II Bab Doukkala Imm. des Habous entrée G, Appt. N° 2 1er Etage - 40.000 Marrakech

Tél/Fax : 05.24.43.65.64 - E-mail : abdessadeq.jamali@gmail.com

ICE : 001882896000090 - IF : 68932020 - TP : 45111998 - CNSS : 2127034

N° Lot :

Per :

PPV (DH) :

20268 05/2023

79,80

N° Lot :

Per :

PPV (DH) :

20268 05/2023

79,80

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
ID: 645656
6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
ID: 645656
6 118001 141104

LOT: GA10109
PER: 01/2023
PPV: 110 DH 00

C
Elk

LOT: GA10109
PER: 01/2023
PPV: 110 DH 00

Cipla
Etiquette