

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 063445

77556

Courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00429 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN HAYOUN Touria

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 Touria 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 ADHERENT

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montant des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
G																		
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>															
			Fin d'exécution <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
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			Mle
Nom & Prénom			Signature de l'adhérent
Fonction		Phones	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>BEVHAYOUN T. M. I.</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
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	
<u>ez</u>		<u>200,9M</u>	
PHARMACIE	Date <u>5 / 7 / 2016</u>		
Montant de la facture			
<u>875,60</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

Signature de l'adhérent

PHARMACIE MOHAMED A. MME DEBACHA. N° 100 Av. Palestine - Marrakech Tél : 05 24 30 28 78

CACHET

CACHET

Dr Abdessadeq JAMALI

Pneumologue-Allergologue

خريج كلية الطب بمونبولي - فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي

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

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

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



MME BENHAYOUN TOURIA

24800
24800

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



11000
11000

2. METANAZ
2 pulvérisations nasales le matin pendant 3 mois



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



79,80
79,80

879,60

صيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBAGH A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

صيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBAGH A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78



Rendez-vous le : : الموعد

شارع الحسن الثاني باب دكالة عمارة الأحباس 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

الدكتور عبدالصديق 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

مجاز في أمراض الصدر وداء السل
مجاز في أمراض المناعة والحساسية (الضيق)

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

الفحص بالأشعة - التنظير القصبي
تحليل الحساسية - فحص الوظيفة التنفسية

05/07/2021



071079875

N° Lot :

Per :

PPV (DH) : 20268

05/2023
79,80

N° Lot :

Per :

PPV (DH) : 20268

05/2023
79,80

ID: 645652 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
6 118001 141104

ID: 645652 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
6 118001 141104

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

Etiquette

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

Etiquette