

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

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Optétaire :

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

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 d'El Jadida - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0061892

Optique *Véritable* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM - MUPRAS

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : SADDIQI Société : Noureddine

Date de naissance : 8.4.52

Adresse : Res. Al Qantara. Av. Néfhi Ben Barka

Narrach.

Tél. : 066 13 76 164 Total des frais engagés : 135,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SADDIQI NOUREDDINE Age : 60 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pneumonie aigüe

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 : Narrach, Le : 10.02.2022

Signature de l'adhérent(e) : Deux



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
10/01/22	CS		200/10	<p>Dr. Abdallah ENEZI Spécialiste des Maladies Dentaires Avenue de l'Indépendance, 10000 Roc Aïtaine 8, Avenue de l'Indépendance, 10000 & Centre Dentaire, 20000, Tel: 05 24 42 29 28 Guéliz - Marrakech - Tel: 06 24 42 29 28</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'EFFOUR Centre Commercial Tel: 05 24 37 85 00	10/01/22	235,10

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">B</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H	25533412 21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B	B
H	25533412 21433552														
00000000	00000000														
D															
00000000 00000000															
35533411 11433553															
B	B														
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Abdallah ENEZARI

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Allergies Respiratoires E.F.R. Fibroscopie Bronchique

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

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسى

الحساسية التنفسية فحص الوظيفة التنفسية

التقطير القصبي

رئيس سابق لمركز تشخيص داء السل

والامراض الصدرية بمراكش

رئيس سابق لقسم امراض الجهاز التنفسى (ابن زهر)

مراكش في 10/01/2022

MR SADDIQI NOUREDDINE

• zylax 400

1 cp / J X 7 JOURS

• Exomuc

1 sachet, matin, midi, soir, avant les repas, pendant 10 jours.

235,12

Ordonnance Reliée
PHARMACIE CARRÉFOUR
Centre Commercial Al Maha
Tél : 05 24 37 8 35

الدكتور عبد الله النزارى
Dr. Abdallah ENEZARI
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Allergies, Bronchites, Tuberculose et Cancer
& Centre Américain
Guéliz - Marrakech - Tel: 05 24 42 29 26

إقامة أحلام ب ملتقي شارع يعقوب المنصور والملوك الأمريكي شقة 4 الطابق 2 جلزور 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

Zylax®
Moxifloxacin



400 mg

7

Comprimés
Pelliculés

LOT 193099
EXP 03/22
PPV 196DH60

Voie orale

افريـكـ فـارـسـ
AFRIC-PHAR

ـينـ كـلـورـوفـ