

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-534699

37604

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2616 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN ZOUIA ABDELLATIF
 Date de naissance : 9.4.60
 Adresse : 26 Rue Al bamafsaj Beauséjour RAS
 Tél. : 0678789046 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31.03.2020
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronche chronique obstructive part tabagique
 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) :

RELEVÉ 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
21.03/20			28000	INP : 091007018

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Poinçonneur	Date	Montant de la Facture
	31/3/20	1078,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14.04.2020	320	1200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

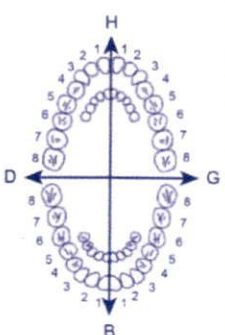
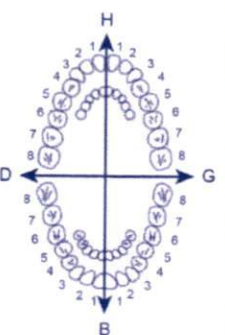
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </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> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. I LAZREQ

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques
Diplômé de l'Université Henri Point Carré
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY
pneumoallergologue
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy



الدكتور ع. الأزرق

أخصائي أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
خريج جامعة هنري بوان كاري
كلية الطب والصيدلة نانسي

- 130,00 Benzout A ASalehif
Mohammedia, le : 31.03.2020
- (1) 224,00 Zercostat adulte CR d'inhalation
(CIPLA) S.V.
- (2) 94,40 x1 Neiact 200mg cp S.V.
1cp 2x11 x 10 jours
après repas matin et soir
- (3) 129,90 x1 Rouamylac 300cp S.V.
1cp 3x11 x 8 jours
après repas matin - midi - soir
- (4) 79,00 x2 Maxiflor gel S.V.
1gel 2x11 x 10 jours
après repas matin et soir
- (5) 39,90 Exomuc 200mg rectif S.V.
1rectif 3x11 x 5 jours
après repas matin - midi - soir

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L
Tél: 0523.304.65-30-CASABLANCA

رقم 169، الطابق الأول، شارع فلسطين، الحمدية - الهاتف : 05.23.304241

1er étage, N° 169 Boulevard de Palestine, Mohammedia - Tél: 05.23.304241 - E-mail : lazrekimad@yahoo.fr

ROVAMYCINE 3MUl
CP PEL B16
P.P.V : 123DH90
LOT : 8MA013
PER: 06 2022
6 118000 060277

ROVAMYCINE 3MUl
CP PEL B10
P.P.V : 94DH40
LOT : 8MA014
PER: 12 2021
6 118000 060260

LOT 19008
PER OCT 21
P.P.V 39DH90
39,90

Lot : MF01/19
Dluo : 01/2022
P.P.C : 79 DH

Lot : MF01/19
Dluo : 01/2022
P.P.C : 79 DH

P.P.V. 224.0 MAD

LOT: GB90238
PER: 11/2021
PPV: 185 DH 00

118001 141258

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

LOT:180295

PER:10/2021

PPV: 52,80 DH

Gél
1

Voie Orale

Oméprazole

ozil plus®

Dr. I LAZREQ

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques
Diplômé de l'Université Henri Point Carré
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY
pneumoallergologue
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy



الدكتورع.الأزرق

أخصائي أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
خريج جامعة هنري بوان كاري
كلية الطب والصيدلة نانسي

13 AVR 2020

Mohammedia, le :

Dr. I. LAZREQ
Cabinet d'Allergologie
Maladies Respiratoires
169, Bvd. de la
Riad 2 -
INPE 90117

Monsieur Ben Zouita Abdelhak

(A)

TD7 thoracique HR

corps fixes sans injection

acquisitions inspiratoires

acquisitions expiratoires

Indirection

RSCC post

diagnostique

RADIOLOGIE HAY HASSANI
Immeuble Commercial Route
Rue d'Azoum - Boudi Abderrahmane
Tel.: 05 22 90 10 10 05 22 90 07 07 - Ca
Fax : 05 22 93 57 13

Dr. I. LAZREQ
Cabinet d'Allergologie
Maladies Respiratoires
169, Bvd. de la
Riad 2 -
INPE 90117

رقم 169. الطابق الأول. شارع فلسطين. الحمدية - الهاتف : 05.23.304241

1er étage, N° 169 Boulevard de Palestine, Mohammedia - Tél.: 05.23.304241 - E-mail : lazreqimad@yahoo.fr

Casablanca, le14/04/2020.....

IF : 2221555

Facture N° 1265/04/2020

Nom patient : BENZOUITA ABDELLATIF

Examen(s) réalisé(s) : TDM THORACIQUE

Date Examen(s) : 14/04/2020

Montant : 1200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

10, Imm. Communale, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



Reçu N° **15047**

Date : 16.04.2020

10, Imm. Communal, Angle Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél.: 0522 90 10 10 / 90 07 07 - Fax: 0522 93 37 13

Nom et Prénom

Medecin traitant

Examen fait

Montant

M. Benzaita Abdellatif

D. Luzzac

TDR Thaurice

1200,00

Av

Reste

Assuré :

Vos Résultats seront disponibles le

05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Cas

Fax : 05 22 93 37 13

10/20