

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 045458

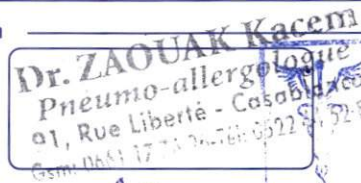
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01524 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL ANSARI Abdelhak
Date de naissance : 19/03/1949
Adresse : 22 Rue d'AVESNES - Résid. BORT MALAKIA - APP. 4
Etage 4 - BELVEDERE - CASABLANCA -
Tél. : 0666 404243 Total des frais engagés : 3060,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 / 17 / 20
Nom et prénom du malade : EL ANSARI Abdelhak Age : 51
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : asthme
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 Casablanca Le : 16 / 12 / 2020
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
10/11/12		2	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

28/10/50

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

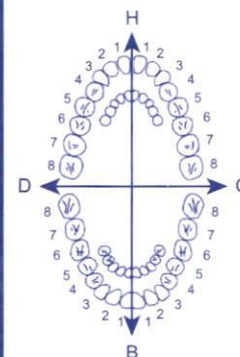
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
D 00000000 00000000
G 00000000 00000000
B 35533411 11433553

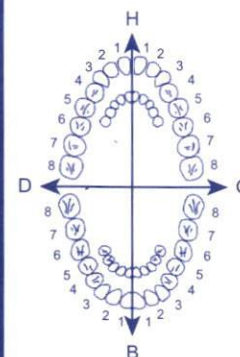
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



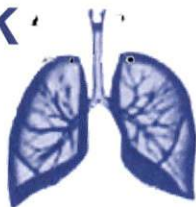
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE
D.U. D'ALLERGOLOGIE
SPÉCIALISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواق
اختصاصي

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية
الشخير - انقطاع التنفس بالليل
خريج جامعة بوردو

Casablanca, le : : الدار البيضاء في

PHARMACIE LA RESISTANCE
CASABLANCA
337, Bd Med V - Casablanca
Tél: 0522 30 30 82
ICE n°: 002009033000061

El Hassan 4522445284

94157 n o nyl



1 he



1 h



3 h

843,00 x 3
2810,50

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
Tél: 0522 44 52 84

المستعجلات : 06 61 17 76 26 - الهاتف : 05 22 44 52 84

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجادية 17 طابق - الدار البيضاء
91, Rue Liberté, 4 étage, ap... à côté de l'immeuble 17 étage - casablanca
uak@hotmail.com

10 مغ
بيزيرين
بلا لكسر

وليد ديك
رسلان النور الدين - القنيطرة
في صيدلي سلا

Zadryl 10mg
30 comprimés enrobés sécables

6 118000 120698

10 mg
citrine
Zadryl® 10 mg

Zadryl
Cétirizine

30 comprimés enrobés sécables

91,50

Aeromax®
Budésonide

LOT:0036N021
PER:10/2021
PPV:190,00 dh

Aeromax® 100µg/dose
Flacon pulvérisateur

6 118001 110360

☒ **valable 3 mois**

Le 16 / 12 / 2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<u>A. Zouaoui</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<u>El Hassan Abdelhak</u>
Présente	<u>BPC + allergie nasal</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<u>3 ans</u>
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Dr. ZOUAUI Kacem
Pneumo-allergologue
Rue Liberté - Casablanca
Tél: 0522 44 57 44

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

u LTBAD x 1L
Zouaoui
A. Zouaoui

Conserver dans l'emballage original
à l'abri de l'humidité et pas
au-dessus de 25°C. Ne pas sortir
capsule de son emballage qu'au
moment avant son utilisation.
Ne pas avaler les capsules.
Veuillez consulter la notice d'em

لفظ بعيدا عن متناول الأطفال
لفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الضوء و الرطوبة
لفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
يجب ابتلاع الكبسولات
قبل قاءة النشرة قبل استعمال الدواء

 **NOVARTIS**

PPV : 843,00 DH



6 118001 031481

2218076

Conserver dans l'emballage original
à l'abri de l'humidité et pas
au-dessus de 25°C. Ne pas sortir
la capsule de son emballage qu'au
moment avant son utilisation.
Ne pas avaler les capsules.
Veuillez consulter la notice d'em

لفظ بعيدا عن متناول الأطفال
لفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الضوء و الرطوبة
لفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
يجب ابتلاع الكبسولات
قبل قاءة النشرة قبل استعمال الدواء

 **NOVARTIS**

PPV : 843,00 DH



6 118001 031481

2218076

Conserver dans l'emballage original
à l'abri de l'humidité et pas
au-dessus de 25°C. Ne pas sortir
capsule de son emballage qu'au
moment avant son utilisation.
Ne pas avaler les capsules.
Veuillez consulter la notice d'em

لفظ بعيدا عن متناول الأطفال
لفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الضوء و الرطوبة
لفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
يجب ابتلاع الكبسولات
قبل قاءة النشرة قبل استعمال الدواء

 **NOVARTIS**

PPV : 843,00 DH



6 118001 031481

2218076