

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

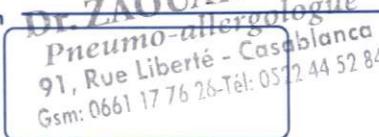
- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-414228

41148

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>01524</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>EL ANSAAI Abdelhak</u>
Nom & Prénom : <u>EL ANSAAI Abdelhak</u>			
Date de naissance : <u>19/03/1949</u>			
Adresse : <u>22, Rue d'AVESNES Résid. BORJ MALAKIA</u>			
Appart. 4 étage 4 - BELVÉDÈRE CASA			
Tél. : <u>06 66 40 42 43</u>	Total des frais engagés : <u>3.286,50</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>14/09/2020</u>
Nom et prénom du malade :	<u>El Ansaa - Abdelhak</u>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<u>Maladie chronique</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	<u>22 SEP. 2020</u>
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

Signature de l'adhérent(e) :

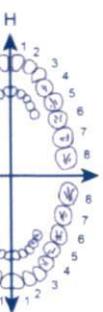
Le : 14/09/2020



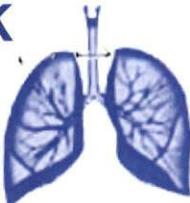
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASABLANCA 21, Bd Med V Casablanca Tél: 0522 30 30 82 00009033000061	le 14/09/2016	3036.50 215

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	<hr/>		B	H	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																
	25533412 00000000	21433552 00000000																
	<hr/>																	
	D	G																
	00000000 35533411	00000000 11433553																
	<hr/>																	
	B	H																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr Kacem ZAOUAK



الدكتور قاسم الزواقي
اختصاصي

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

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

أمراض الجهاز التنفسى وأمراض الحساسية
الشخير - انقطاع التنفس بالليل
خريج جامعة بوردو

Casablanca, le : ١٤١٩١٦ الدار البيضاء في :

PHARMACIE LA RÉSISTANCE
CASABLANCA n° ٣٧
Bd Med V - Casablanca

Tél: 0522 30 30 82
ICE n°: 002009033000061

١٦ del Chat

٨٤٣,٥٠ ٣٧ Bd Med V - Casablanca
٤٤٢,٣٠ ٣٧ Bd Med V - Casablanca
٦٣,٣٠ ٣٧ Bd Med V - Casablanca



٣٦

٩٧,٥٠



١٦

٩٦,٥٠



٣٦

١٠٢,٥٠ x ٣ Prot. ٢٥



٣٦

٦٦
M A T T A N A E



١٤

١١٥,٥٠



٣٠٣٦,٥٠

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

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
Liberté - Casablanca

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجدية أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء
91, Rue Liberté, 4 étage , appt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étage - casablanca
E-mail : Zaouak@hotmail.com

LOT: GA00099
PER: 12/2021
PPV: 110 DH 00

(1)

LOT N° : 9410
EXP : 02/2022
PPV : 102DH00

LOT N° : 9417
EXP : 02/2022
PPV : 102DH00

LOT N° : 9410
EXP : 02/2022
PPV : 102DH00

© NOVARTIS

PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

© NOVARTIS

PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

© NOVARTIS

PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

valable 3 mois

Le 19/9/2012

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

El A N S A R I Abdellah

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)