

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 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

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° W19-414216

ND: 27575

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07524 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL ANSARI Abdelhak
 Date de naissance : 19/03/1949
 Adresse : Résid. BORT MALAKIA 22 Rue d'AVESNES
 APPT. 4 Etg 4 - BELVEDERE - CASABLANCA
 Tél. : 0666 404243 Total des frais engagés : 4760,56 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/20
 Nom et prénom du malade : EL ANSARI Abdelhak 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 : Casablanca 29/01/2020 Le : 29/01/2020
 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
19/01/20		2	250	INP : 097740970

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/05/2020	4510,50

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

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

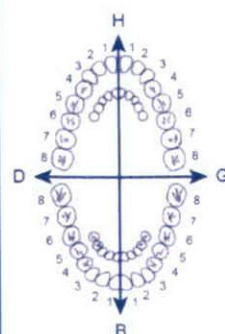
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															
<input type="text"/>	<input type="text"/>															

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 : 29/10/2012 : الدار البيضاء في :

EL ANASSIRI, Abdelhak

843,00 x 5
ULTIMO



5 h

102,00 x 2



2 h

PROTON

Long

91,50

grosye



1 h

4510,50

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
Tél: 0661 17 76 26 - Tél: 0522 44 52 84

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


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


(7)

9150


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


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

 **NOVARTIS**
PPV : 843,00 DH


 **NOVARTIS**
PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

 **NOVARTIS**
PPV : 843,00 DH

 **NOVARTIS**
PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

 **NOVARTIS**
PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

(12)

☒ **valable 3 mois**

confiance + 2

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
Gsm: 0661 1776 26-Tel: 0522 44 52 84

Les 29.01 / 2015

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

D. Zaouak

Certifie que Mlle, Mme, M. :

E. ANSARI Abdelhak

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

5 mois (3 ans + 2 mois) Confiance
confiance

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

ULTIBRO inhaler Inoxy

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 Aïlal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
Gsm: 0661 1776 26-Tel: 0522 44 52 84

(4+1)=5