

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.

N° W19-414216

ND: 27575

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	01524	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	E.L ANSARI Abdelhak
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0666404943 Total des frais engagés : 4760,16 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Dr. DAOUAK Iacen Pneumo-allergologue 91, Rue Liberté - Casablanca tél: 0661 17 76 26-Tél: 0522 44 51 84	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	29/01/20
Nom et prénom du malade :	E.L ANSARI Abdelhak
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	maladie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	01 JUN 2020
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 29/01/2020
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 29/01/2020

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
10/08/20	U	6	260	INP : 0911140410 ZAOUAK Kacem mo-dergologue n° - Casablanca 0572 44 52 84

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	le 29/05/2010	450,50 Dhs

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	

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 H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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> </table> B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Dr Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE

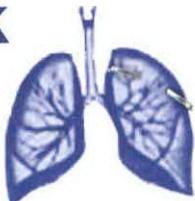
D.U. D'ALLERGOLOGIE

SPÉCIALISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES

RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL

DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواقي
اختصاصي

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

دار البيضاء في : ٢٩١٥٦١
Casablanca, le : ٢٩١٥٦١

CE n°: ٠٠٢-٠٥٢-٣٠٣٠٣٣٠٥٦١
337, Bd M'da V, Casablanca
ARMACIEL LA RESISTANCE
CASABLANCA - Casablanca

EL ANSARI ١٦ del hok

843,٥٠٤٥ X ٥
١٧١٢١

S.A.

١٠٢,٥٠٤٢
P R O T O N Long

S.A.

٩١,٥٠
٩١,٥٠

S.A.

٤٥١٥٥

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
Tél: 0661 17 76 26 - Tel: 0322 44 52 84

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

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

21,50

(2)

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

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

④ NOVARTIS
PPV : 843,00 DH

④ NOVARTIS
PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

④ NOVARTIS
PPV : 843,00 DH

④ NOVARTIS
PPV : 843,00 DH

6 118001 031481

④ NOVARTIS
PPV : 843,00 DH

6 118001 031481



valable 3 mois

*+ 2
confirment*

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

Le 29/01/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

D. TAAOUAK

Certifie que Mlle, Mme, M. :

E. A.N.SARI Abdellah

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*5 mois : (3 mois + 2 mois) (confirment)
= corrigé*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

ULTIBRO Protor (norgyl)

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

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