

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-587019

78420

### 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'AVENNES Résid. BORJ MALAKIA,  
APAT 4. Etage 4, BENEDERE, CASABLANCA

Tél. :

06 66 40 42 43 Total des frais engagés : 3226,00 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 le 14/07/2021  
de l'adhérent(e) :

Le : 14/07/2021



## **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
14/11/21			72	INP : 830199483 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
le 9404121		2926500 HTS

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 prie 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

optionnel. Therapeutique nécessaire à la profession

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) with various numbered points marked for orthodontic analysis. Landmarks include:

- H:** Point 1 at the anterior tip of the symphysis.
- G:** Point 8 at the most prominent point of the gonial angle.
- B:** Point 2 at the posterior tip of the symphysis.
- D:** Point 9 at the mid-point of the horizontal ramus of the mandible.
- Y:** Points 3 through 7, which are numbered points along the outer (anterior) border of the mandible.
- V:** Points 4 through 8, which are numbered points along the inner (posterior) border of the mandible.

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 الزواقي  
اختصاصي**

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية

الشخير - انقطاع التنفس بالليل

خريج جامعة بوردو

الدار البيضاء في:

MAISON DE LA RÉSISTANCE  
Casablanca  
CASABLANCA  
237, Bd Med V - Casablanca  
Tél: 0522 30 30 82  
ICE n°: 002009033000061

EL ANSAWI AL del

843,000



3 he

LIKTIBA



2 he

Frigyl 9

91,50

81



3 he

Protocap

102,000

11

2926,50

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

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

زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجديه 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

capsule de son emballage du moment avant son utilisation. Ne pas avaler les capsules. Veuillez consulter la notice d'

بعدا عن متناول الأطفال

الدواء داخل البطبة بعيدا عن الضوء والرطوبة في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية ب اثناع الكبسولات فراة النشرة قبل استعمال الدواء

moment avant son utilisation. Ne pas avaler les capsules. Veuillez consulter la notice d'

بعدا عن متناول الأطفال

دواء داخل البطبة بعيدا عن الضوء والرطوبة في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية ب اثناع الكبسولات فراة النشرة قبل استعمال الدواء

الدواء داخل العلبة بعيدا عن الضوء والرطوبة في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية ب اثناع الكبسولات فراة النشرة قبل استعمال الدواء

**ULTIBRO® BREEZHALER®**

| 110 µg/50 µg  
| Poudre pour inhalation  
| en gélule. Boite de 30.  
| PPV : 843 DH



6 118001 031481

**ULTIBRO® BREEZHALER®**

| 110 µg/50 µg  
| Poudre pour inhalation  
| en gélule. Boite de 30  
| PPV : 843 DH



6 118001 031481

**ULTIBRO® BREEZHALER®**

| 110 µg/50 µg  
| Poudre pour inhalation  
| en gélule. Boite de 30.  
| PPV : 843 DH



6 118001 031481



LOT N° : 9956  
EXP : 12/2022  
PPV : 102DH00

LOT N° : 9956  
EXP : 12/2022  
PPV : 102DH00

LOT N° : 9956  
EXP : 12/2022  
PPV : 102DH00

valable 3 mois

Le 14/07/2011

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *EL ANSARI Abdessak*

Présente ..... *BPCO + asthme rhinitis*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *perpetuel*

..... *post op*

..... *bronchite*

Dont ci-joint ordonnance : .....

(à défaut noter le traitement prescrit) .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto: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. ZAUAK Kacem  
Pneumo-allergologue  
91, Rue liberté - Casablanca  
Gsm: 0661172626 Tel: 0522 44 52 84