

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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° W21-669363

courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4184	Société : RAM	ND 29560	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HASSOUNI Khama
Nom & Prénom : HASSOUNI Khama			
Date de naissance : 21/5/36			
Adresse : 25 Rue de Lybie ACADIA			
Tél. : 0661178010	Total des frais engagés : 382,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	28/12/2021		
Nom et prénom du malade :	Sami Zahra		
Age :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection respiratoire		
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 : Le : 02/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-669363
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 4184	382,40
Nom de l'adhérent(e) : HASSOUNI	
Total des frais engagés :	382,40
Date de dépôt :	

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
01/01/2011	Consultation			INP : 091101561
2011	Consultation		300,00	AAREJ Hamza logue Allergo vier des séances numéro séance 1 14-1560

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Capital du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ZAHZOUNI Amine Bouazzzi Chedjera 0522290174 - Dakar	21.12.21	82,40 Dhs

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

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr. LAAREJ Hanane

Professeur Assistant en
Pneumologie, Allergologie

Adultes et Enfants

Sévrage tabagique

Ronflement et apnées du sommeil

Examen du souffle, Echographie

Brachoscopie, Tests d'allergies



الدكتورة لعراج حنان

أستاذة مساعدة في أمراض
الجهاز التنفسية والحساسية
صفار و كلار

الإقلاع عن التدخين

الشخير و توقف التنفس أثناء النوم

اختبارات التنفس و الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار، اختبارات الحساسية

Casablanca le : 02/12/2021 الدار البيضاء في :

Mme Sabri Zahra



36,40.

→ Kopred 20



2 cpt 15 j après p I de

46,00

→ Ezolee



72,40

1 gel j 17 j



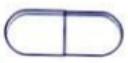
119. شارع عبد المؤمن تقاطع سومية أمام محطة المترو. الطريق السادس. رقم 41. الدار البيضاء
119, Bd Abdelmoumen, Devant la station de Tramway, 6ème étage, N° 41
Tel.: 0522 22 02,03 / E-mail : hanane_laarej@hotmail.com

محدات حساسية مقاومة للعصارة المعدية

عن طريق الفم

7

كبسولات



إزومبرازول

20
ملغ



PHARMAX 5

٤١
٤٢

أوزول

®

Composition :

Esoméprazole (sous forme d'ésoméprazole
magnésium trihydraté) 20 mg
Excipients q.s.p 1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

AMM : 312/16DMP/21/NNP

Euzol® 20mg
7 Gélules



6 118000 095361

46,00

التركيب :
إزومبرازول (على شكل إزومبرازول
مختزل يوم ثلاثي الهيدرات) 20 ملغ
سواغ كمية كافية 1 كبسولة
سواغ ذو تأثير معلوم : سكارور

كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملغم

عن طريق الفم

قرصاً فوار

20

PHARMAT5

LOT : 9587
UT. AV : 05-24
P.P.V : 36 DH 40

Dr. LAAREJ Hanane

Professeur Assistant en
Pneumologie, Allergologie

Adultes et Enfants

Sevrage tabagique

Ronflement et apnées du sommeil

Examen du souffle, Echographie

Branchoscopie, Tests d'allergies



الدكتورة لعرج حنان

أستاذة مساعدة في أمراض
الجهاز التنفسية والحساسية
صفار و كبار

الإقلاع عن التدخين

الشذير و توقف التنفس أثناء النوم

اختبارات التنفس و الفحص بالصدري

الفحص بالمنظار، إختبارات الحساسية

الدار البيضاء في:

Casablanca le :

02/11/2011

Name: Sabri
Signature: *Sabri*

Dr. LAAREJ Hanane
Pneumologue Allergologue
119 quartier des hôpitaux,
Boulevard Abdelloumen, 6ème Etage
IMPE : 091182360

⇒ Consultation 300dh

Dr. LAAREJ Hanane
Pneumologue Allergologue
119 quartier des hôpitaux,
Boulevard Abdelloumen, 6ème Etage
IMPE : 091182360