

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° W21-646504

125398

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 01524

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ANSARI Abdehlak

Date de naissance :

19/03/1949

Adresse :

22 Rue d'AVESNES Résid BORJ MALAKIA
Stage 4 Apt 4 BELVEDERE CASABLANCA

Tél. :

0666404243 Total des frais engagés : 3 400,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ZAOUAK Racem
Pneumo-Allergologue
91, Rue Liberté Casablanca
GSM: 0661 17 7626 - Tel: 0522 41 5284

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/08/2022

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
21/08/2011			300	INP : 091140483 SIJAK Kacem urologue Cabanca n 5284

Dr. ZAOUAK Kacem
Spécialiste en allergologie
et immunologie
Liberte, Casablanca
Tél: 0622445284

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>09/08/22</i>	<i>09/08/22</i>	<i>3.100,20</i>

~~Mantenimiento de la Facturación~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

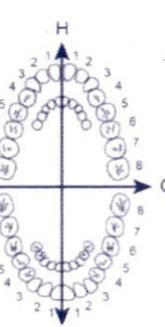
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET H

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

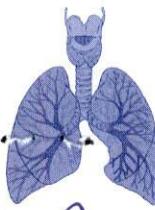
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de t

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Co...														
																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																	
																	
DETERMINATION DU COEFF. MASTICATOIRE																	
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET															
Voie orale LOT P0293 EXP 11/23 PPV 102DH00																	
Voie orale LOT B/293 EXP 11/23 PPV 102DH00																	
ULTIBRO®BREEZHALER® 110 µg/50 µg Poudre pour inhalation en gélule. Boîte de 30. PPV : 843 DH																	
																	
6 11800 1 031481																	
ULTIBRO®BREEZHALER® 110 µg/50 µg Poudre pour inhalation en gélule. Boîte de 30. PPV : 843 DH																	
																	
6 11800 1 031481																	
ULTIBRO®BREEZHALER® 110 µg/50 µg Poudre pour inhalation en gélule. Boîte de 30. PPV : 843 DH																	
																	
6 11800 1 031481																	

Dr Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE
D.U. DE PNEUMATOLOGIE
LISTE
MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL
DIPLÔME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواقي

إختصاصي في:

أمراض الجهاز التنفساني والحساسية
الشيخر - انقطاع التنفس بالليل
خريج جامعة بوردو

Casablanca, le :

09/08/2011

الدار البيضاء في:

Al Nassar Al delhali

843,00x3

ULTIBA 0



ل.م 88,40

102,00x3

Prison 0



88,40

88,40x3

Januf 0



88,40

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

91 زقة 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 étages casablanca
E-mail : Zaouak@hotmail.com