

## 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.

**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° W21-646504

125398

☒ **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 : 32 Rue d'AVESNES Résid BORT MALAKIA  
 Etage 4 Apt 4 BELVEDERE CASABLANCA  
 Tél. : 0666404243 Total des frais engagés : 3400,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/22  
 Nom et prénom du malade : EL ANSARI Abdelhak Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aspiration  
 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 : 04/08/2022

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
21/08/12		2	300	INP: 09114048

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
10/08/12	10/08/12

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de	

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Co

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFF. MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	G																
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
		(Création, remont, adjonction)															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET

Voie orale
LOT 80293
EXP 11/23
PPV 102DH00

Voie orale
LOT 80293
EXP 11/23
PPV 102DH00

Voie orale
LOT 80293
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

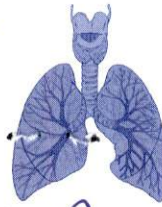
ULTIBRO®BREEZHALER®
110 µg/50 µg
Poudre pour inhalation
en gélule. Boîte de 30.
PPV : 843 DH
6 11800 1 031481

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. D'ALLERGIE  
LISTE

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES  
RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL  
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواق  
إختصاص

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

Casablanca, le : 09/08/2012 : الدار البيضاء في :

El Hassan, Abdelhak

843,00x3

ULTIBNO



88,40

102,00x3

Praktion



88,40

30 aut

7.7 nyl



88,40

88,40x3



3.100,20

PHARMACIE LA RESISTANCE  
CASABLANCA  
337, bd Med V - Casablanca  
Tél: 0522 30 30 82  
CE n°: 0020090330000

Dr. ZAOUAK  
Pneumo-  
91, Rue Liberté  
CSM: 0661 17 76 26-16

المستعجلات : 06 61 17 76 26 - Urgences - 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, appt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étages casablanca  
E-mail : Zaouak@hotmail.com