

## 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 dûment renseigné notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 12 mois à compter de la date de l'accident.
- 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.

**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° P19- 052669

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1969 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZERKANI ABDELHAK  
 Date de naissance : 04-10-52  
 Adresse : Rue Beethoven Rés OUMNIA 1 8ème étage  
 N° 164 TANGER  
 Tél. : 0661535181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/07/2022  
 Nom et prénom du malade : Zerkani Mabak Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Colapathie  
 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 : TANGER Le : 05/07/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-052669

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 : 1969  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés : 701,60  
 Date de dépôt :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/17/2022	402.60

[illegible][illegible]

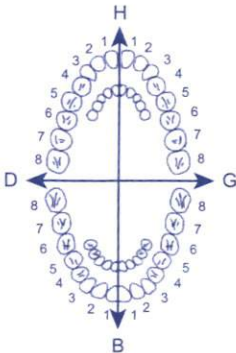
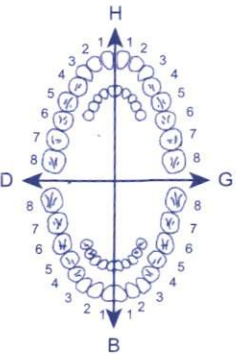
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents	Nature	Document															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

document  
l'enseignant praticien lui-même not  
à 3 m compter de la première consultation

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

11

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور مراد محمد البقالي  
Pr. Mourad M. EL BAKKALI

- Spécialiste en chirurgie générale et digestive
- Chirurgie Coelioscopique-Proctologie
- Diplômé de l'Université Paul Sabatier de Toulouse
- Praticien hospitalier des hôpitaux de France



- أخصائي في الجراحة العامة والجهاز الهضمي
- الجراحة بالمنظار الداخلي
- خريج جامعة بول «سباتي» بتولوز
- جراح ممارس استشفائي بمستشفيات فرنسا

طنجة في : 05.08.2022  
Tanger le :

M. ZERKANI  
Malak

142,20 / Fortians

2 se chets

20 28 d'en 4 jrs  
d'en

36,00 x 2

72,00

21 Omode + 80p

38,20

TANGER

TEL: 05 39 39 44 99

DR. EL BAKKALI

DR. EL BAKKALI

DR. EL BAKKALI

DR. EL BAKKALI

DR. EL BAKKALI

DR. EL BAKKALI

DR. EL BAKKALI

DR. EL BAKKALI

( للمستعجلات المرجو الإتصال بمصحة دطروا : 05 39 394 449 )

5, شارع المقاومة شقة 5 الطابق الثاني, بين البريد المركزي و مدرسة طارق ابن زياد - طنجة

5, Avenue la Résistance, App. N°5, 2<sup>ème</sup> étage entre la poste central et école Tariq bnou Ziad - Tanger

Tél.: 05 39 34 22 87 - GSM.: 06 62 87 54 64 - E-mail: mmelbakkali@gmail.com

**ZENTEL**

1 boîte pour  
A adulte

37,30 x 4  
149,20

à renouveler 15 j plus tard.

401,60

صيدلية الأنفوس  
PHARMACIE AL ANDALOUS  
Dr. Benjelloun Taoufik  
118, BOULEVARD MOHAMED  
TÉL.: 05 39 9 71 0

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 648405  
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 648405  
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 648404  
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 648404  
6 118001 141364

36,00

36,00

# fortrans®

**Composition :**

Macrogol 4000*	64,000 g
Anhydrous sodium sulfate	5,700 g
Sodium bicarbonate	1,680 g
Sodium chloride	1,460 g
Potassium chloride	0,750 g
Excipient : sodium saccharin	

For one sachet of 73.690 g

\* = P.E.G. 4000 = Polyethylene glycol 4000

Excipient with known effect : sodium

See the package leaflet for more information.

**Pharmaceutical form :**

Powder for oral solution in sachet.

**Method and route of administration :**

Oral route.

Dissolve the content of each sachet in one litre of water.

Shake until the powder has completely dissolved.

Read the package leaflet before use.

Keep out of the sight and reach of children

6118001181209



maphar  
Boulevard Aikema n°6  
Quartier Industriel Sid. Benroussi Casablanca - Maroc  
FORTTRANS SAC B4  
P.P.V. : 142.20 DH

LOT : U22463  
Exp : 10/2024

Authorized medicinal product n° 3400932886227

List I

No special condition for storage