

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0025022

☒ 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 Résidence BORT MALAKIA
Stage 4 Apt 4 - BELVEDERE CASABLANCA
Tél. : 0666404243 Total des frais engagés : 2877,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZAOUAK Racem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
GSM:0661 177626 - Tél:0522 44 5284

Date de consultation : 30 / 01 / 24
Nom et prénom du malade : EL ANSARI ABDELHAK Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Asprule B.M.
Affection longue durée ou chronique ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Asprule
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 : 30 / 01 / 2024
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 traitement des Actes
30/1/14	C		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/14	2577,10 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

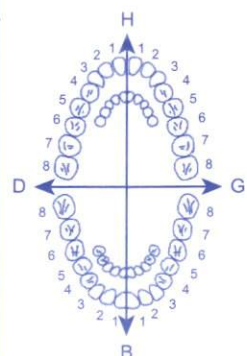
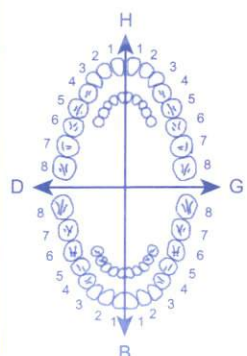
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

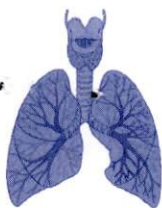
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 الزواق
إختصاصي

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

Casablanca, le : 20/01/24 : الدار البيضاء في :

Abdelhak EL ANASSAKI

AS

102,10

11,1

1

11,1

AS

1,1

3,1

11,1

423,0003

11,1

AS

3,1

102,0003

11,1

3,1

25477,10

PHARMACIE LA RESISTANCE
CASABLANCA
37, Bd Med V - Casablanca
Tél: 0522 30 30 82
Fax: 002009033000061

Dr. ZAOUAK Kacem
Pneumo-allergologue
91, Rue Liberté - Casablanca
GSM: 0661 17 76 26 - Tél: 0522 44 52 84

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

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجدة أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء
91, Rue Liberté, 4 étage, appt 12 - benjard coté de l'immeuble 17 étages casablanca
E-mail : Zaouak@hotmail.com



NOVARTIS

PPV : 723,00 DH

02 2025
B8997R
03 23

EXP
LOT
MFD



NOVARTIS

PPV : 723,00 DH

02 2025
B8997R
03 23

EXP
LOT
MFD

ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg

Poudre pour inhalation

en gélule. Boite de 30.



6 118001 031481

دواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
ابتلاع الكبسولات
رعاة النشرة قبل استعمال الدواء

ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg

Poudre pour inhalation

en gélule. Boite de 30.



6 118001 031481

دواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
ابتلاع الكبسولات
رعاة النشرة قبل استعمال الدواء

ULTIBRO®BREEZHALER®

110 µg/50 µg

Poudre pour inhalation

en gélule. Boite de 30.



6 118001 031481

ع من متناول الأطفال
د داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
تلاع الكبسولات
ة النشرة قبل استعمال الدواء

PROTON®

Oméprazole 20 mg

28 gélules

Voie orale

LOT C0400

EXP 11/24

PPV 102DH00

Proton® 20 mg

28 gélules



6 118001 250479

PROTON®

Oméprazole 20 mg

28 gélules

Voie orale

LOT C0400

EXP 11/24

PPV 102DH00

Proton® 20 mg

28 gélules



6 118001 250479

PROTON®

Oméprazole 20 mg

28 gélules

Voie orale

LOT C0400

EXP 11/24

PPV 102DH00

Proton® 20 mg

28 gélules



6 118001 250479

Furoate
De Mometasone
Anhydre
Suspension pour
pulvérisation nasale
120 Pulvérisations
Dosées

Tabunex®

زينيت فارما ٩٦، المنطقة الصناعية،
تاسيلا إنزكان أكادير-المغرب،
د. محمد البوحادي، صيدلي مسؤول

Ne pas dépasser la dose prescrite
لا تتجاوز الجرعة المحددة



6 118001 271276

Tabunex® 0.05% 
Furoate De Mometasone Anhydre
120 Pulvérisations Dosées

N° Lot: 3UW962
Fab.: 06/2023
Per.: 06/2026

PPV: 102,10 Dhs