

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 068937

ND : 32423

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1776

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUARABI

Radia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 20 03 84

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 / 07 / 2020

Nom et prénom du malade : n° 2092000 Radia Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection digestive

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-068937

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

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
6/7/2025	C2	Unité		Docteur ATLAS NEPHROLOGUE Quartier Papier Casa 22-05-22 23 38 35 36 9949 93

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA ROTONDE Leila Mekki Bd Abdelmounen 1015 22 34 78	06/07/20	565,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

BELEVE DES BAIS 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA FIT SACHET DU PRATICIEL AFFECTION LIEVEQUE

# مركز الكلية الاصطناعية ابن سينا

## Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

**Dr. Hammadi ATLASI**

Spécialiste des maladies des Reins

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Marseille

INP : 091013912



**الدكتور حمادي الأطلسي**

اختصاصي في أمراض الكلى

خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca, le .....

6 / 07 / 2020

n° Tougari Radia

140,00

99,00 x 2

- sedes cp



34,60 x 4

- Lanitix cp

14 | 5

PHARMACIE LA ROTONDE  
Leïla Menjra  
100, Bd. Abdelloumen  
Casablanca - Tel: 05 22 23 47 76



57,80

- purfalex cp

14 x 2 / r



18,80 x 2

- Dolifraue fn

14 + 2



PHARMACIE LA ROTONDE  
Leïla Menjra  
100, Bd. Abdelloumen  
Casablanca - Tel: 05 22 23 47 76

Dr. Hammadi Hammadi  
NEPHROLOGUE  
Bd. 9 Avril Quartier Palmer, Casablanca  
Tel: 05 22 99 49 92 05 22 23 38 35/36  
Fax: 05 22 99 49 93

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmer, Casablanca

Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hammadiatlassi@gmail.com

I.F. : 01086653 • Patente : 34771662 • C.N.S.S. : 1247049 • ICE : 001635336000037

OEDES 20mg

56 gélules



6 118000 082026

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

OEDES 20mg

28 gélules



118001 100088

20CP SEC

P.R.: 19/01/10

PER.: 10/2023

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 20/01/13

PER.: 12/2023

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 20/01/13

PER.: 12/2023

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT : 10/01/10

PER.: 10/2023

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

PURGALINK® 30 comprimés



6 1111255 810253

PPV15DH80  
PER 12/22  
LOT 12831  
S2

