

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 049473

ND: 36351

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661 200384 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 / 07 / 2020

Nom et prénom du malade : Bouffon Radia Age: .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DRC T

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) : .....

05/22/2022

[illegible]

---

	Désignation des	
--	-----------------	--

---

Date des	Nomb
----------	------

---

préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant le p

Veillez joint


ODE	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-----	------------------------------	--


## H

1. THE COURT REPORTER SHALL BE RESPONSIBLE FOR THE FOLLOWING:

# مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا

Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

**Dr. Hammadi ATLASSI**

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 بمارسييا

Casablanca, le

20/07/2020

M. Zoughari Radia

30.70 x 4 Kardegic Sachet 4B.

Sachet / r



99.00

44 / 0

44 / 0



2B.

34.68 x 4 - Lanilix 40

44 / 5

5B



74.00

- Carbonylone gel

1B



15.80 x 4

- Docteur ATLASSI Hammadi

gel x 2 / r

1400 e / r

1400 e / r



497.40

Docteur ATLASSI Hammadi  
Nephrologue  
Bd. 9 Avril Quartier Palmier Casablanca  
Tél: 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 Palmier. 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

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
LOT : 20E013  
PER : 12/2023



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
LOT : 20E013  
PER : 12/2023



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
LOT : 20E014  
PER : 12/2023



6 118000 060468

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
LOT : 20E013  
PER : 12/2023



6 118000 060468

OEDES 20mg  
28 gélules



6 118001 100088

LOT 191338  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 20E010  
PER : 11/2021



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 20E009  
PER : 07/2021



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 20E009  
PER : 07/2021



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 20E011  
PER : 11/2021



6 118000 061847

Sinthama  
E. Iazi, Pharmacien Resp.  
CARBOSYLANE - 48 doses  
PPV 74.00 DH  
6118001070393



Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361

LOT 191338  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

15,80

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361