

# 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



## Déclaration de Maladie

M22-54710  
A64127

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZIDANI Abdelatif  
 Date de naissance : 04/08/1949 à Casablanca  
 Adresse : Rue 2 Villa 37 groupe N EL LOULFI  
 HAY HASSAM Casablanca  
 Tél. : 0661101385 Total des frais engagés : 136,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2019  
 Nom et prénom du malade : Zidani Abdelatif Age : 74  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Néphropathie  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 07/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/12/23	G	2	Cratid	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/06/2023	13682

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

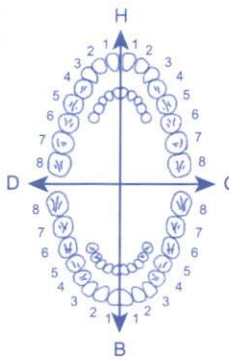
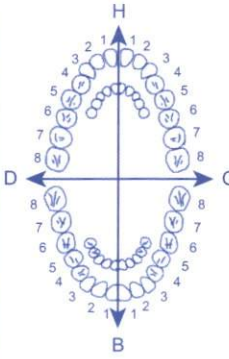
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Echographie • Biopsie rénale

الدكتور عبد العزيز الشرايبي  
Dr. Abdelaziz CHRAIBI

Maladies du Rein-Dialyse  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



Casablanca, le :

الدكتور المصطفى فاتحي  
Dr. El Mustapha FATIHI

Professeur de Néphrologie  
Maladies du Rein-Dialyse



1- Zidani: Abdeljelil

22,80 x 6,136

Cortancyl 55

1/1/1

2w

PHARMACIE D'UNION  
57 Bd. du Peuple  
35000 Lorient

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH00

LOT : 22E008  
PER:06 2025

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH00

LOT : 22E008  
PER:06 2025

LOT : 22E008  
PER: 06 2025  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 22DH80  
6 118000 060345

LOT: 22E008  
 PER: 06 2025  
 CORTANCYL 5MG  
 CP SEC B30  
 P.P.V : 22DH80  
  
 5 118000 060345

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT: 22E008  
PER: 06 2025  
5 118000 060345

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V : 22DH80  
6 118000 060345

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 22DH80  
LOT: 22E005  
PER.: 05 2025  
6 118000 060345

LOT : 22E008  
P.P.V : 22DH80  
CP SEC B30  
CORTANCYL 5MG  
5 118000 060345



P.P.V : 22DH80  
118000 060345

Dr. El Mustapha FATHI  
Praticien de Néphrologie  
Maladies du Rein - Dialyse  
Av. l'Herminette et l'Alouette - Cas 32  
10600 Algiers - Algérie - Tél : 021 96 59 73

36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca

36, زاوية محج لارميطاج و فمر كاسيوي -الدار البيضاء

الهاتف : 0522861212-0522863030 Tél: الفاكس : 0522865973 Fax:

**URGENCES 24h/24: 0661180003**

CNSS : 2599639 - PATENTE : 3454303 - I.F : 20725614 - RC: 366913 - INP 090000886 - ICE : 001842645000079

E-mail : [azizchraibi055@gmail.com](mailto:azizchraibi055@gmail.com) - [efatihi@yahoo.fr](mailto:efatihi@yahoo.fr)





☒ **valable 3 mois**

Le 06/06/2023

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)