

RÉCOMMANDATIONS 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

- Reclamation : 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

N° W19-519694

33941

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KALIMONY Abdelmajid
 Date de naissance : 30/01/1930
 Adresse : Coop/AB/RAFI - 21, Sidi Maarouf
 Tél. : 0522 32 19 96 Total des frais engagés : 1.854,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/06/2024
 Nom et prénom du malade : ZITOUNE KEBIRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 3 Mois
 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 : 30/7/2024
 Signature de l'adhérent(e) : Kalimony

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
30/06/2020		18.000		Dr. Sidi Maârouf Cardiologue Angle Bd. Ibn Tachefne Et Adraa El Mourakouchi 2ème Etage Casablanca - tel: 0522 58 47 71

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Lot Alichraf 2 N° Sidi Maârouf Casablanca 0522 58 47 71	30/06/2020	1624,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RAIS ET HONORAIRES	
Le praticien est prié de pr...	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 DENT	
P.P.V. 152DH00 Distribué par PROMOPHARM S.A.	P.P.V. 152DH00 Distribué par PROMOPHARM S.A.
P.P.V. 152DH00 Distribué par PROMOPHARM S.A.	P.P.V. 152DH00 Distribué par PROMOPHARM S.A.
D	
Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH	Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH
O.D.F. PROTHESES DENT	
Cardensiel® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH	COEFFICIENT DIRE
D	
LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V.: 34DH60	COEFFICIENT DES TRAVAUX
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT	

PPV: 175DH20

PPV: 175DH20

PPV: 175DH20

PPV: 175DH20

LOT 200911
EXP 04/2024
PPV 46.70 DHZYLORIC 100 mg
Boîte de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DM/21/1971
SOTHEMA BOUSKOUHA
Remboursable AMO

6 118000 022268

Laroxyl®
AmitriptylinePPV: 39DH80
PER: 03/23
LOT: J669Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml

6 118001 040407



2020/2021

Zitouna Kebone.

175,20x4

Stavel 10
ff rich



152,00x4

Ipster 2
ff rich



3m01

de

لبنانية

46,70

Zyonic 10
ff rich



58,10x3

Cadomix 10
ff rich



زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

(فوق أسيا و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél : 05 22 61 11 33

34.60

dentine



1/2 pf

10j

39.80

denture

1196



T=1604.20

Sgtt C son

Son
de l'assuré



Dr. Siham BELAICHE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Ibn Tachfine et Ibn
El Adraa El Mourakouch
Casablanca - Tél: 0522 61 11 33

☒ **valable 3 mois**

Le 30/06/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Zitouna Kchano

Présente HFA et HYPERTENSION

Nécessitant un traitement d'une durée de :

indéterminée pour plus de 10 ans

Relief 15/5/25 Zolone 120 - Cardiomol

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

20/25/5 120 120 120

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Siham BELAKHNE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Ibn Tachfine et Ibn
El Adraa El Mourakouchi
Casablanca - Tel: 0522 61 11 33

le 30/06/2020

Zi TOUNE
KERRA

