

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-453476

83178

☐ 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. : 0661200384 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAMMADI ATLAS
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansad
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 23 38 35/36 - 05 22 99 49 92
Fax: 05 22 99 49 93

Date de consultation : 06/09/2021

Nom et prénom du malade : Zougari Radia

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

Nature de la maladie : INC

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) :

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

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
06/09/2021	C	2	Soutu	INP : 091013912

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POTONDE Leila Mouta 1001 Rd Abdelmoumen Casablanca - Tél : 05 22 23 47 11	06/09/21	602,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

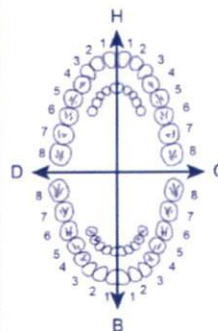
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

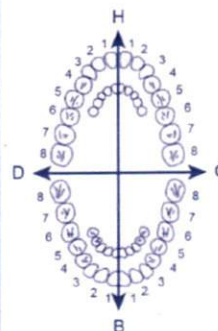
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Hammadi ATLASSE

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

06 / 09 / 2021

1e Zafari Radia

68,60

- Hepanet cp



1cp x 2 / 5

34,60 x 10 - Lasilix 40



1cp / 5

30,70

- Kardexic



1 sachet / 5

14,60 x 4

- Dabigprane cp 100



1cp x 2 / 5

98,00

- code 20

- 1cp

602,70

DR. HAMMADI ATLASSE
Angle Bd. 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



PHARMACIE LA FONTAINE
Lalla Menjra
100, B.T. Abdelmoumen
Casablanca - Tél: 05 22 23 38 35

68.60 DH
fin: 02/2024
Via dell' Importazione
Be
HEPANAT® 40 comprimés
8008843003013
ESI

OEDES 20mg
28 gélules
LOT 201592
EXP 06/2023
PPV 99.00DH

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables
PPV 14DH60
PER 07/24
LOT K2042

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables
PPV 14DH60
PER 07/24
LOT K2042

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables
PPV 14DH60
PER 07/24
LOT K2042

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables
PPV 14DH60
PER 07/24
LOT K2042

LOT : 21E004
PER.: 10/2022
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

LOT : 21E004
PER.: 03/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E001
PER.: 01/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E004
PER.: 03/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 20E026
PER.: 11/2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E001
PER.: 01/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E004
PER.: 03/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E004
PER.: 03/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E002
PER.: 01/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E002
PER.: 01/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 21E004
PER.: 03/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

→ 14,60

→ 15,80

→ 15,80

→ 14,60