

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-710324

119906

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0944	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALMONY ABdelmajid			
Date de naissance : 09.01.1930			
Adresse : Coop/ALICHAFF II. n° 21. Sidi Maarouf CASABLANCA			
Tél. : 0698 33 54 57	Total des frais engagés : 840,08 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Siham BELAICHE Angle Bd. Ibn Tachfine et Adla El Mouakouchi 3ème Etage N° 12 Casablanca - Tel: 0522 611 22			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 31/05/2022			
Nom et prénom du malade : BI TOUNE KEBIRA			
Lien de parenté :	Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :			
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 : 21/06/22

Signature de l'adhérent(e) : Halmony

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-710324
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 : 944	
Nom de l'adhérent(e) : Halmony	
Total des frais engagés : 840,08	
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
31/05/2022				<p>INP : 0522 3000 0522 3000 Sitam BELAICHE Cardiologue Angle Bd. Ibn Tachfine et Avenue El Mourakuchi 3ème Etage N°5 Casablanca - Tel: 0522 61 133:</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
31/05/2022	540,80

Pharmacie ALICHAF
 Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
 Lot Alichaf 2 N°9
 Sidi Maârouf
 Casablanca
 Tel/Fax: 0522 88 47 71

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

RELEVE DES FRAIS 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches showing numbered teeth from 1 to 8.				

Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux

Explorations
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إخصاصية في أمراض
القلب و الشرايين
استكشاف أمراض
القلب و الشرايين

Le 31/08/22

Zi Tassema Kebira

164.700 د.

- Triptixom 10/250

10/250

4/100

Zyfane

1540.80 د

✓



Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue

Angle Bd. Ibn Tachefine et Adraa
EL Mourakouchi 3ème Etage N°5
Casablanca Tel: 0522 61 11 33

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

N 30391 DMP/21 NNP
800-208898103001

6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

ANA N° : 50317 DAP/21 NNIP
 6 118001130313
 TRIPLEXAM 10mg/2,5mg/5 mg
 30 comprimés pelliculés
 PPV : 164,70 Dh
 Servier Maroc - Casablanca

LOT 213501
EXP 01 2026
PPV 46.70 DM

valable 3 mois

Le 31.1.05 /20.22

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr. Sihem El Allal
Cardiologue
Angle Bd Ibn Tachfin et Avenue N°5
El Moutahidouine 6ème Etage N°5
Casablanca Tel: 0522-22-78-15

Certifie que Mlle, Mme, M. : Zijouh RESITA

Présente HTA de Riva IA de depuis 2002/12/01

Nécessitant un traitement d'une durée de : Tardif

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

MAI . 31 2022 16:57
ID= AGE=

AC,DERIVAT

3i TUNNE

KE BiPA

