

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET LUTTER 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 concernant 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Déclaration de Maladie

N° W21-765497  
169372

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matri.	0944	Société	RAM
<input type="checkbox"/> Adult	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : HALMONY ABDELHAFID			
Date de naissance : 09/01/1930			
Adresse : Coop/ALICHRAFI 21. Sidi Maâaoui CASABLANCA			
Tél. 0698 33 54 57 Total des frais engagés 1030,40 Dhs			
Cachet du Médecin : Dr. Siham BELAHCINE et Adraa Cardiologue Angle Bd. Ibn Tachebb et Adraa EL Mourakouchi 3ème Etage N° 5 Casablanca - Tel: 0522 61 11 33			
Date de consultation : 06/07/2023			
Nom et prénom du malade : ZITOUNE KEBIRIA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant HIA			
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 : / / Signature de l'adhérent(e) : Halmony			

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le relevé des Actes
06/07/23	TECG	300 DH	300 DH	DR. SILEM SOUDI DENTISTE Angle Bd. Ibn El Mouââouli 3ème Etage N° 3 Casablanca - Tel: 0522 611133

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELICHARI	06/07/23	330,40

**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
		AM	PC	IM	IV	

**Le praticien est présent**

**Important :**  
Veuillez joindre les factures

**SOINS DENTAIRES**

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficients

**MONTANTS DES SOINS**

**DEBUT D'EXECUTION**

**FIN D'EXECUTION**

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**

**MONTANTS DES SOINS**

**DATE DU DEVIS**

**DATE DE L'EXECUTION**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**ZYLORIC 100 mg**  
Boîte de 100 comprimés  
AMM N° 63 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Boucheable AMO

**ATICIEN ATTESTANT**

**LOT 223649**  
**EXP 11 2026**  
**PPV 46.70 DH**

**TRIPLEXAM 10mg/2,5mg/5 mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

**TRIPLEXAM 10mg/2,5mg/5 mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

**Zytec® 10 mg**  
15 comprimés pelliculés sécables

**Dr. Siham BELAICHE**

Spécialiste des maladies  
du cœur et des vaisseaux

Explorations  
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض  
القلب والشرايين  
استكشاف أمراض  
القلب والشرايين

Dr. Siham BELAICHE  
Date: 6/7/23

Zitome Kebine

164.70 ₣

- hiplixom 10/25/18

↑  
Zytotec

63.20 ₣

- Zytotec

CFS



3

medic

dep

لطفكم



R 100.90  
T = 730.45



**Dr. Siham BELAICHE**  
Cardiologue  
Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa  
El Mourakuchi 3ème Etage N° 33  
Casablanca - Tel: 0523 61 11 33

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5  
(هوق أسيما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

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

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : *Zitoune Kekis Epouse HALIMONY A.*  
 Matricole : *0944* N° CIN :  
 Adresse : *coop/ALICHRAF II, n° 21, sidi Zaerif casablanca*  
 Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  À vie

Envoi d'examens cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*HIA récente* *o Répercussions*

Bont ci-joint ordonnance :

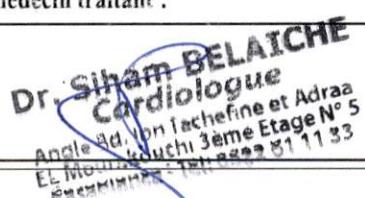
Traitement prescrit :

*Triglyceride 10/2/18* *2g/jour 1a 1g* *1g* *zéro 1g*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca, le 07/05/2023*

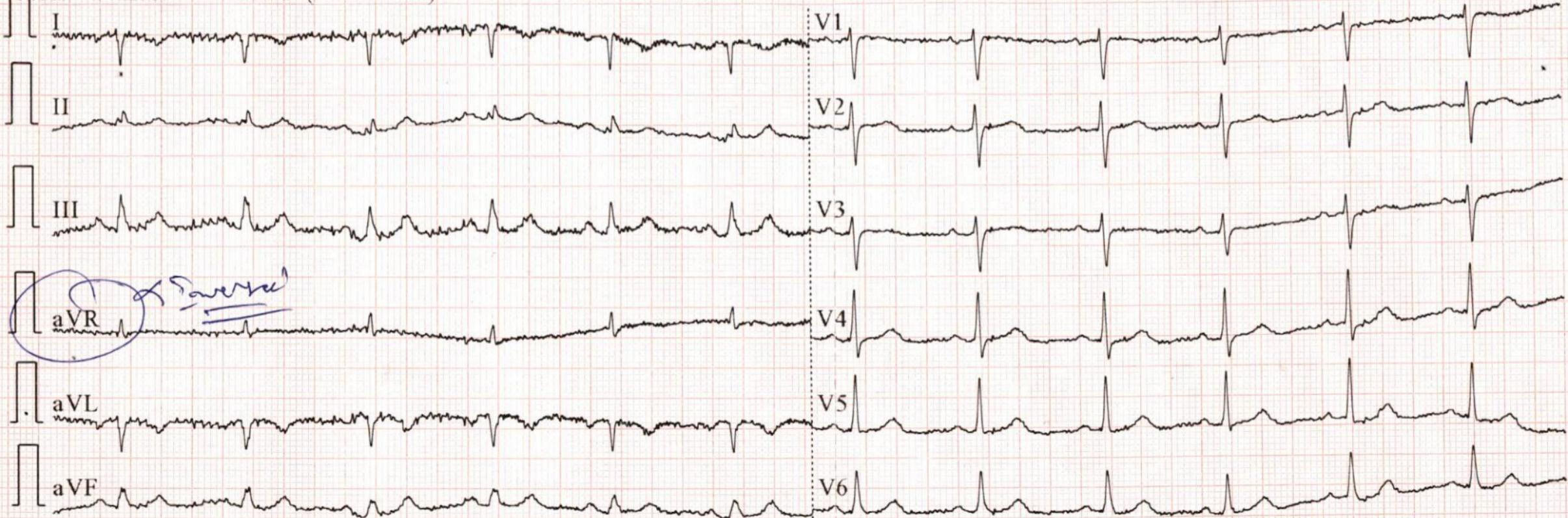
Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

ID: h  
rabia Female Years ( / / )  
24-06-2023 14:33:33



0.15~25Hz AC50 25mm/s 10mm/mV 2\*5s ♡71 SL6A 1.01

SEMIP 1.7

ID: h  
rabia  
Female      Years ( / / )

24-06-2023 14:33:33

HR	:	73	bpm
P	:	126	ms
PR	:	171	ms
QRS	:	94	ms
QT/QTc	:	374/415	ms
P/QRS/T	:	121/126/112	°
RV5/SV1	:	0.876/0.577	mV

Diagnosis Information:

Sinus Rhythm

Arm Leads Reversed?

\*\*\*Normal ECG\*\*\*

[Redacted] Report Confirmed by: