

## 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 Étage 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

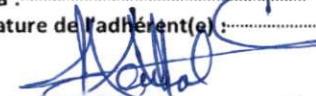
N° W21-804301

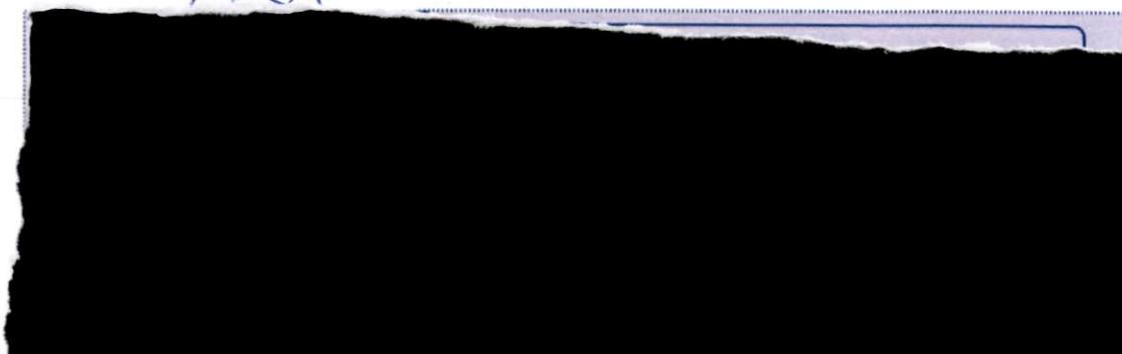
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>6229</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Sebti NOUNAED KAMAL</u>
Nom & Prénom : <u>Sebti NOUNAED KAMAL</u>		Date de naissance : <u>21/12/1962</u>	
Adresse : <u>Kamal.Sebti.62@gmail.com</u>		Tél. : <u>0606310210</u>	
Total des frais engagés : <u>105500</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>13/04/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>SEBTI KAMAL</u> Age : <u>50</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>gout</u> <u>hypertension D + Aneur</u>			
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 : Sebti Le : 15/04/2013

Signature de l'adhérent(e) : 



Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

## 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
13/01/2013	C		1000	INP 30914118578
				DR. EL MAJDOUB 73 LETTRES MÉDECIN 06162

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

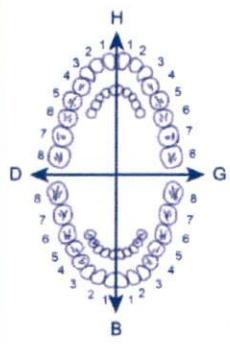
## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

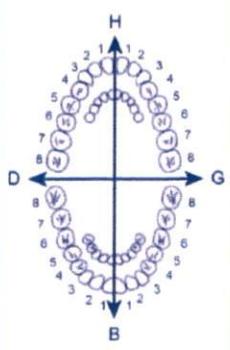
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

## **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## COEFFICIENT DES TRAVAILX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAIL X

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL

Médecin

Diplômée de la  
de Casablanca



Casablanca, le :

13/06/2023 الدار البيضاء، في :

P. KAFAL SEBTI

60,00 x 18

3 Fuplex 40mg  
140 x 91

19,50 x 6

2. Urodon 100.000 UI

140/165ml x 3 mois

46,70 x 2

3 Zgloré 100 g  
140  
edt o dmas

1290400. EL AZOURI  
Médecin Général  
73 Lot Hanza  
Casablanca

Maphar

Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

PPV 46,70 DH  
EXP 09/2026  
LOT 223158

LOT 223945

EXP 11/2026

PPV 46,70 DH

