

## 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 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° W21-804317

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2223 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SEBTI KAMAL  
 Date de naissance : 21/12/1962  
 Adresse : Kamal.Sebti.62@gmail.com  
 Tél. : 0606310210 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 27/12/2023  
 Nom et prénom du malade : SEBTI KAMAL Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite chronique  
 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 : 27/12/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/05/2009      | C                 |                       | 339,80                          | INP : 09/01/18572  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| INPE : 092037200<br>HARMACIE DE LA COLLINE<br>Parking CARREFOUR Sidi Maktouf<br>Sablance - Tél : 05 22 33 31 77 / 05 22 33 59 53<br>Fax : 05 02 12 38 13<br>N° : 00048382800004 - CNSS : 6063490 | 24/05/09 | 339,80                |

# 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.

|                            |   |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|----------------------------|---|--|--|--|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|--|
|                            |   |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                            |   |  |  |  | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                            |   |  |  |  | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                            |   |  |  |  | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                            |   |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |  |  |  | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
| H                          |   |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| 25533412                   | 21433552  |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| 00000000                   | 00000000  |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| D                          | G   |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| 00000000                   | 00000000  |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| 35533411                   | 11433553  |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
| B                          |   |  |  |  |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |  |
|                            |   |  |  |  | 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 ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 27/5/2024 : الدار البيضاء، في :

L'apt SEBT CAPELLA

106,50

Adal song  
JS x 3T

de Delipau song

14,40

JS x 3T

79,00

Fitobidi Ns-gong

JS x 3T

40,80

Bronglone

JS x 3T

PHARMACIE DE LA COLLINE  
Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (ancien Meliro)  
Casablanca - Tél : 05 22 32 13 15  
RC: 266958 - Pat: 2000044 - Email: pharmacie2011@hotmail.fr  
CE: 00048382000044 - Thail: 5073 572 - CNSS: 6063490

LOT : SSS2  
PER : 12/24  
P.P.V : 106DH50

61617: LOT  
52/50: R3D  
04H04T: Add

Lot:  
A consommer de  
préférence avant le:

210925  
12/2024

40,00

200 U.CE/Plmi

Lot: 220128  
A consommer  
de préférence avant le: 01/2025  
PPC: 99,50 DH

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca - Tél. 05 22 32 13 15



99,50

1

Alapali

glt

2000

339,40

DR. ELA TOUANI Hind  
Medecine Generale  
73, Lot Hamza  
Casablanca Tel: 0522 32 13 15

**PHARMACIE DE LA COLLINE**  
Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)  
Casablanca - Tél: 05 22 33 51 77 x.05 22 33 59 53  
RC: 266958 - Pat: 266958 - Im: 12 38 18  
ICE: 000483870000344 - Email: pharmacol2011@hotmail.fr