

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-804299

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6229 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEBTE KANAL
 Date de naissance : 01/12/1962
 Adresse : Kanal.Sebte62@gmail.com
 Tél. : 0606310210 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/05/2023
 Nom et prénom du malade : SEBTE KANAL 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 19/05/2023

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
19/05/2023			150,00	INPE: 691A/18578

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 092037209	19/05/2023	391,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

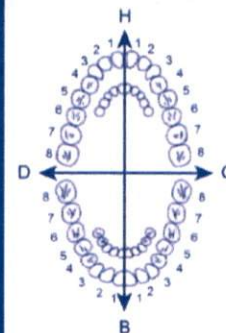
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

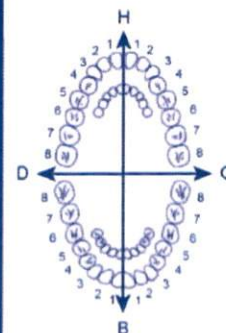
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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
كلية الطب بالدار البيضاء

PPV: 14DH00

PER: 02/26

LOT: M648

Casablanca, le: 19/05/2026 : الدار البيضاء، في:

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Maison Makro)
Casablanca - Tél.: 05 22 33 59 53
Fax: 05 22 33 59 53
RC: 266958 - Pat: 266958
ICE: 00048382000024 - Cof: 50731292 - CAISS: 6063490
paracetamol2011@hotmail

Dr. KHAL SEBTI

Produit

40.00

34.00

pellet

88.10

clavulinate

15x31

alt 0.8

79.00

Apixal

10x31

14.00

Doliprane

10x31

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

PPU 26DH90

EXP 02/2026
LOT 32044 5

Lot:

avant le:
PPC: 79.00 DH

230103

01/2026

LOT 220444
EXP 01/2024
PPV 82.100 DH

PPU: 149.00 DH
LOT: 649764
PER: 06/24

LOT N°:

UT. AV: 40.00

PPV (DH):

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca

15

5 Zengs abg
Nfcs abg

6. What is the
26,90 up 15

DR. ELATOUANI Hind
Medecine Generale
73, Lot Hamza
Casablanca Tel: 0522324315

3911w

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARTEFFOUR, Sidi Aïchouf (Ancien Melkoun)
Casablanca - Tél : 05 22 33 77 / 05 22 33 79 33
RC: 266958 - Pat. : 16380123818
ICE: 0004838200000 - Email : pharmaciecolline@gmail.com
Tél : 05 22 33 7792 - CNSS: 113488