

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-725351

188603 MVD

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule :	05264	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KARBAJ NATA
Nom & Prénom : KARBAJ NATA			
Date de naissance : 01/09/1956			
Adresse : 107, Rue DR JOUANE - HAY RATHA CASABLANCA			
Tél. :	0661201571	Total des frais engagés :	179253, -

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
---------------------	---

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NOU KABRAJ Bounia B, Angh. Tassadit - 10000 Casablanca Mr Abderrahmane Tassadit Tél: 05 22 36 20 13	27/11/2023	2252.2

## ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<b>H</b>	25533412 00000000 00000000 35533411	<b>G</b>	21433552 00000000 00000000 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>D</b>		<b>B</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PHARMACIE NOUR  
DR SOUMIA KABBAJ  
10B, ANGLE BD YAACOUB EL MANSOUR  
ET SIDI ABDERRAHMANE

Tél : 0522368911

27/12/2023

KABBAJ NAJIA

FACTURE N° : 802

du 27/12/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant PPV	TVA
6	COVERAM 5/ 5MG 30CPS	208,00	1 248,00	0%
6	CARDENSIEL 2.5MG 30CPS	50,70	304,20	0%
6	LIPANTHYL 160 MG 30 CPS	116,80	700,80	0%

Total TTC 2 253,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE TROIS DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	2 253,00	0,00	2 253,00
		2 253,00	0,00	2 253,00

PHARMACIE NOUR  
KABBAJ Soumia

10B, Angle Bd yaacoub El Mansour  
et Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél : 0522 36 89 12 / 11



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

55

30 جنة

SERVIER

x6 ←  
ced

208,00



x6 ←  
ced