

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

W21-845571

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 398 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MRABET MALIKA

Date de naissance : 01-01-1965

Adresse : PRENIUM VILLAGE Immeuble C24 Apt 6

NARRAKECH

Tél. : 0661332135 Total des frais engagés : 269,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2024

Nom et prénom du malade : MRABET MALIKA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : atalgie hofik HAMOUDI

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : C.A.S.A. BLANCA Le : 11/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

FR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/03/2024      |                   | C2                    | 150.00                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Amine<br>Dr. RHABIAZIZ<br>Moghreb Arabi A2 Bir Rami Est<br>Kenitra 06 65 20 63 88 | 08/03/2024 | 119.70                |
|   | I.N.P      | 052009834             |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

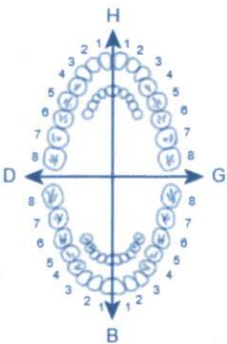
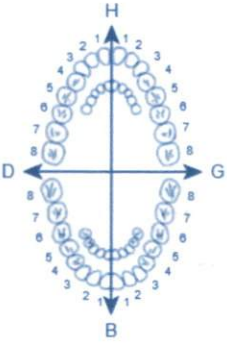
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAV. |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|--|--|------------------|-------------|------------------------|-----------------------|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|--|--|-----------------------|
|   |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> |                  |             |                        | H                     |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAV. |
| H  |  | G                |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
| 25533412   | 21433552   |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
| 00000000   | 00000000   |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
| 00000000   | 00000000   |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
| 35533411   | 11433553   |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
| B  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |                        | COEFFICIENT DES TRAV. |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  | Montant des Honoraires   |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |
|  |  |                  |             |                        |                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Lot. 377  
Per.: 08 2026  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH



ودي  
لعم  
دلة  
سكري  
السيافة

50 ml e 89



LOT

REF: ACL 470 199.8  
CN 170937.0



LOT: 31696  
PER: 08/2026  
PPC: 99,50DH



Kénitra, Le

08/03/2024

Mlle. Mrabet. Malika.

99,50

1) otolaya.

Appt. x 4 / J

20,90

2) ctyrax

4 gouttes x 2 / J

Ms. 70

Pharmacie Amine  
Dr. RIALI AZIZ  
414 Maghreb Arabi A2 Bir Rami Es.  
Kénitra Tél: 05 20 52 773

Dr. Chafik HAMOUDI  
Médecine Générale  
Lotis Baït Al Khair, N° 14 Appt. 1  
Bir Rami Kénitra Tél.: 06 53 83 32 95  
INPE : 05 12 52 773