

## 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.

N° W21-673655

42-247

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>		
Matricule : <b>6228</b>	Société : <b>R.A.M</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <b>SEBTI</b>	<input type="checkbox"/> Autre : <b>KAMAL</b>
Nom & Prénom : <b>Enfant Sebtia Camilia</b>		
Date de naissance : <b>01/12/1962</b>		
Adresse : <b>Kamal Sebtia 62@gmail.com</b>		
Tél. : <b>06.06.31.0.2.10</b> Total des frais engagés : _____ Dhs		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>DOCTEUR SEMMAMI Mouna</b>  <b>OMNIPRACTICIENNE</b>                      Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imm 300                      N° 1, 3d Al Qods - Sidi Maârouf - Casablanca                      Tél : 05 22 97 26 91                 </div>		
Date de consultation : <b>31 MAI 2022</b>	Age : <b>1</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Enfant Sebtia Camilia</b>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <b>Affection ORL + Gastro</b>		
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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

M A U T 2 6 A O U T 2 0 2 2

## **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
31 MAI 2022	C		150,00	INP : 08N1655X9 Docteur SEMMAMI Mouna OMNIPRACTICIENNE Rés. Al Mostakbal - GH 34 4mm 300 1 <sup>er</sup> 1, Bd Al Qods - Sidi Maâoul - Casablanca - 28220 Tél. 0522 97 26 01

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/05/22	262,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

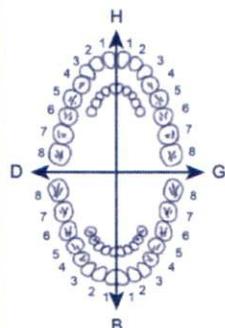
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

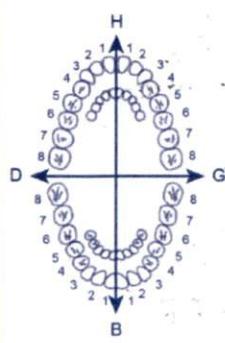
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

[Création, l'émotion, la joie] optionnel. Thérapeutique nécessaire à la professionnalisation.

**Coefficient  
des travaux**

MONTANTS  
DES SOINS

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

Diplômée en expertise médicale  
et réparation du dommage corporel

Médecine Générale

- Diététique médicale et nutrition
- Dermatologie interventionnelle

ورقة من المسمامي

ازة في الخبرة الطبية  
و إجبار الضرر

الطب العام

حمية الطبية والتغذية  
راض الجلدية الجراحية

31 MAI 2022

Enfant Sebti Camélia :

- 1 / Zinunt suspension 125 mg (S.V) 27 Kg
  - 2 / 19,00 Nurodol 1 dose de 27x215 (6g)
  - 3 / 10,00 Clemiderm (S.V)
  - 4 / 75,00 1 appication le sur Nazair (S.V)
  - 5 / 73,40x21 dose / narine le sur (S.V)
  - Erlis 1 GP le sur (2 Nois)
- 260,80



LOT: GA10494  
PER: 09/2023  
PPV: 15 DH 00

1

20/00

يتقبل، عماره 300، رقم 1، شارع القدس، سيدى معروف، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 26 91

Résidence Al Moustakbal, GH 34, Imm. 300, N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casablanca - Tél : 05 22

Doctor SEMMAMI Mouna  
OMNIPRACTICIAN  
Résidence Al Moustakbal - GH 34  
Imm. 300, N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casablanca - Tél : 05 22 97 26 91



19,00