

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053446

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Sebti Abdel AG

Date de naissance : 15/9/1943

Adresse : 24 Allée de la Casbah Casablanca

Tél. 0661 32 36 24 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2023

Nom et prénom du malade : Sebti Abdel AG Age :

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

Nature de la maladie : Prostate + Dégénérescence

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
04/12/22	V+u	V	2004	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/12/2022	1224.60

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI**

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE  
PRES DES TRIBUNAUX

**ECHOGRAPHIE**

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



**الدكتور جواد حسييني عراقي**

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حائز على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بـستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث  
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

المستعجلات

**Urgences**

**06 61 14 44 02**

Casablanca, le :

07/12/22



Dr. A.H. JAWAD

Mme SEBTI Anisa  
Pharmacie du Marché  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 89 86 98

Mme SEBTI Anisa  
Pharmacie du Marché  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 89 86 98

267.00 XATOL LP (S.V) 1.00

57.00 ALDOCTON (S.V) 1.00

250.00 Provera (S.V) 1.00

97.60 CIVASTIN (S.V) 0.01  
 $\times 2 = 195.20$

Mme SEBTI Anisa  
Pharmacie du Marché  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 89 86 98

567.60 AXIAL (S.V) 1.00  
1224.60 STILIN (S.V) 0.01





**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV: 267,00 DH



6 118001 081301

LOT: 21E002  
PER: 05/2025

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV: 267,00 DH



6 118001 081301

**ANXIOLO<sup>®</sup> 6 mg**

30 comprimés quadriséables



6 118000 081111

**ANXIOLO<sup>®</sup> 6 mg**

30 comprimés quadriséables



6 118000 081111

**CIVASTINE<sup>®</sup> 20 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

**CIVASTINE<sup>®</sup> 20 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

PPV: 250,00 DH

LOT: 21K080

EXP: 11/2024



6 118000 11320097