

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-773527



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10300		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RACHIDA 144785
Nom & Prénom : RIDAOUI		Date de naissance :	
Adresse : Habituelle		Tél. : 0666274783 Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Dr. SEBTI Fayçal  
2, Rue Ahmed El Mejati Maârif  
Casablanca

Date de consultation : Tél: 05 22 20 45 45 26/12/2022  
Nom et prénom du malade : RIDAOUI + Rachida Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : goutte au pied

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 : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

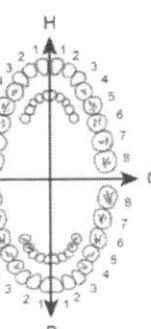
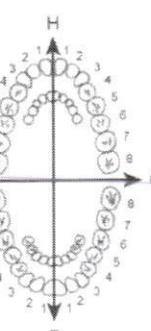


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/12/2021			150 DT	INP : 0911126367 Dr. SEBTI Fayçal 2, Rue Ahmed El Mejalli Maârif

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARIE ACHOUR 10 AV. des F.A.R. Casablanca Tél: 0522 311640 - 0522 211640	26/12/22	1791.10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
					<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>												
					<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
					<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>												
					<b>Date du devis</b> <input type="text"/>												
					<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																	

# Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux

Médecin Attaché au Service

de Gastro - Enterologie

(Hôpital Averoès)

Médecine Générale

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)

CASABLANCA

Tél. : C. : 0522.25.28.82

GSM : 0661 96 19 96

# الدكتور فيصل السبتي

خبير محلق لدى المحاكم

طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمستشفى ابن رشد

الطب العام

2، زنقة أحمد المجاطي (الألب سابقا)

الدار البيضاء

الهاتف : ع 0522.25.28.82

المحمول : 0661 96 19 96

Casablanca, le

26/12/2022

21 DAOUI Rachid

79 70  
PHARMACIE MARRHABA  
61 AV. des F.A.R. Casablanca  
Tél. 0522.25.28.82

11 AZIX 500 1c/100 ITARONAX 500

3640  
, 21 KOPRED 20

490  
, 31 DOCINOX 1 c

140  
, 31 DOLIPRANE 1g

LOT : 2323  
PER : 11-25  
P.P.V : 36 DH 40

LOT : 220889  
PER : 12/20 25  
P.P.V : 49,00 DH

61 AV. des F.A.R. Casablanca  
Tél. 0522.25.28.82

PPV:14DH00  
PER:10/25  
LOT:L3602

12 de 30 a'ruvelu emtut

51 SUPRADENE 15 -

129600 EMPLATME ANALCIC AN

UT.AV. : 0 4 2024 P.P.V.  
LOT N° : 79 70  
FY 4369

Dr. SEBTI Fayçal  
2, Rue Ahmed El Mejjati Maârif  
Casablanca  
Tél: 05 22 25 28 82 - 06 61 96 19 96