

**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.

**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**

M22- 0036308

152345

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0440 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : AITKASS BOUJEMAA

Date de naissance : .....

Adresse : 2, Rue des Méditerranée - Cas

Tél. : 0663058589 Total des frais engagés : ..... Dhs

**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 : Affection genitale

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'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 : 22 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-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
22-12-22		2213	60010	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/22	379,10

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

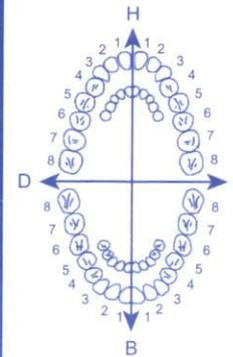
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D		B	
00000000	35533411	00000000	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI  
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien médecin interne  
CHU Ibn Rochd

زوجة السبتي  
ض النساء و التوليد  
بالدار البيضاء  
ة سابقا  
لجامعي ابن رشد



NEOFORTAN® 160 mg

PPY 98DH8Q  
EXP 05/2025  
LOT 24037 5

Casablanca le

22 DEC 2022

بيضاء في

et Prénom : A. Amalou Zineb

1200<sup>00</sup>

988<sup>00</sup>

970<sup>00</sup>

Lot: / 111  
2024-05  
PPC (Dhs): 97,00

63,7<sup>00</sup>

- Ballonyl 1 gel x 3/j

إقامة بزنس بلازا رقم 400 شارع الزركطوني (إتجاه مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء  
Business Plaza, N° 400 Bd. Zerkouni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage - Casablanca  
البريد الإلكتروني : kabbaj\_ghita2008@yahoo.fr - الهاتف : 05 22 47 16 89

SVTU/T  
Néofortan 160 cp eff  
Arnaa SV gel

PHARMACIE ONIX  
Dr. Lahlou Nora  
Bd. Sidi Abdenrahman Lot. Salaj  
Lot N°9 Villa 75 - Casablanca  
Tél.: 05 22 79 51 37

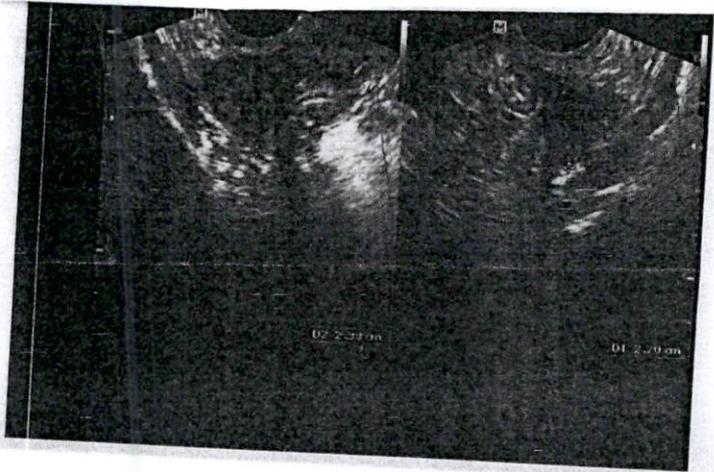
1 app /j x 20 jours

puis

tot = 379,1<sup>00</sup>

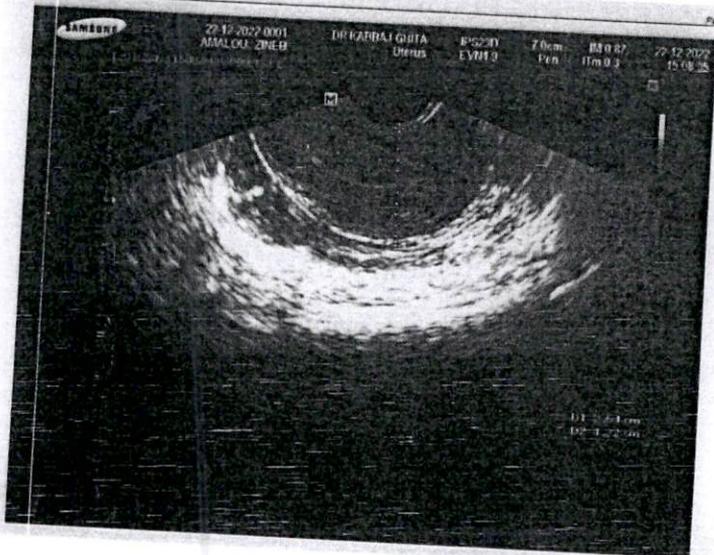
1 app x 2/seu 6mois  
renouvelables

Dr. Ghita KABBAJ  
Gynécologue Obstétricienne  
100, Bd. Zerkouni, Casablanca  
Tél: 05 22 47 16 89  
ICE: 088 044 000 000



**Rapport image ultrason.**

Page 1 of 2



Docteur KABBAJ Ghita Ep. SEBTI  
Gynécologue Obstétricienne

Diplômée de la Faculté de médecine  
de Casablanca  
Ancien médecin interne  
au CHU Ibn Rochd

الدكتورة قباج غيثة زوجة السبتي  
طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا  
بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Casablanca le 22 DEC 2022 في الدار البيضاء

Nom et Prénom : Amalou Zineb

Compte-rendu d'échographie  
Gynécologique

- A vessie .....
- Utérus : Atrophié  
Immogène  
Contours réguliers
- dimensions : 60 mm / 40 mm
  - ligne de vacuité : fine
  - endomètre mesurant ..... mm
- Ovaires vus :
- droit = vu de face et
  - gauche = structure mes-
- Cul de sac de Douglas : libre
- \* Conclusion : Echographie normale

إقامة بيزنس بلازا، رقم 400 شارع الزركتوني (الجهة مسجد الحسن الثاني) الطابق الثاني رقم 14 - الدار البيضاء  
Business Plaza, N° 400 Bd. Zerktoni (Direction Mosquée Hassan II) 2ème étage, N° 14 - Casablanca  
البريد الإلكتروني : kabbaj\_ghita2008@yahoo.fr - الهاتف : 05 22 47 16 89