

# 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- 0044647

154244

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12211 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Kheira Keshaj

Date de naissance : 06-12-1989

Adresse : Siège Cas Aje

Tél. : 0662765224 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KABBAL Kowal  
Professeur en  
Hépatogastro-Entérologie  
INPE : 101 102 325

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Kheira Keshaj Age : 1989

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hépatogastro-entérologie

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 : 17 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

MUPRAS  
22 MAR. 2023  
ACCUEIL  
KHIMMI

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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur  | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      | 2570                  |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

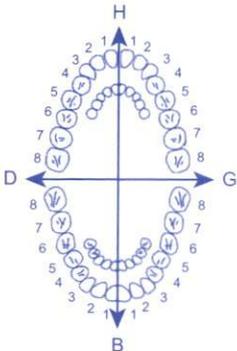
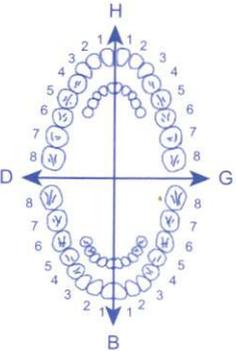
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :**

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   |                  |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |  |  |          |          |          |          |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> |                  |             | H  |  | G |  | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | B |  |  | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H   |                  | G           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |  |  |          |          |          |          |  |
|  | 25533412  | 00000000         | 21433552    | 00000000                                     |  |   |  |          |          |          |          |   |   |  |  |          |          |          |          |  |
|  | D   | B                |             |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |  |  |          |          |          |          |  |
|  | 00000000  | 35533411         | 00000000    | 11433553                                     |  |   |  |          |          |          |          |   |   |  |  |          |          |          |          |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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



611 800115 012 0  
 DIPROLENE 0,05% Pomade 15g  
 P.P.V : 23,90DH  
 Distribué par MSD Maroc  
 B.P. 136 Bouskoura

44,30 44,30

PPV 14DH60  
 EXP 04/2025  
 LOT 23024 1

Le: \_\_\_\_\_

LOT : 21E002  
 PER : 12 2023  
 NO - DOL FEN 400MG  
 CP PELL B30  
 P.P.V : 30DH00  
  
 6 118000 061878

**Dr. KABBAJ Nawal**  
 Professeur en  
 Hépat-Gastro-Entérologie  
 INPE : 101 102 325  
**ORDONNANCE**

Kabj kameliâ

44,30 x 2  
 88,60

Levafine: ovules:

1 ovule le soir x 6j  
 (2 boites)

LOT : 22E005  
 PER : 06 2024  
 PEVARYL 1%  
 CREME T30G  
 P.P.V : 50DH90  
  
 6 118000 012184

2) Zorantal 1g q. q. efferv:

1 q " " x 8j (2 boites)

14,6

**Dr. KABBAJ Sanae**  
 Pharmacie Yacoub  
 Hay Chemaou Sale  
 Tél : 06 37 87 87 87  
 INPE : 102 057 288

No. 2024 in q:

1 q x 3 j pdt repas (1 boite)

**Dr. KABBAJ Nawal**  
 Professeur en  
 Hépat-Gastro-Entérologie  
 INPE : 101 102 325  
 39,24  
 50,90

Diproleu 0,05%

1 appl 1j x 1 sem

Levaryl 1% ovules  
 1 appl 1j x 2 sem