

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

N° W21-793183

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07888 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraitée  
 Nom & Prénom : KERMOUDI Laïla  
 Date de naissance : 03/03/1963  
 Adresse : Les Jardins de l'Océan V6  
 DAR BOUAFZA CASA  
 Tél. : 0661214142 Total des frais engagés : #522 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 13/07/23  
 Nom et prénom du malade : BOUKHAR Laïla Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Casa le 08/08/2023  
 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

13/17/23    2600    09/11/23

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Date: 13/17/23    Montant de la Facture: 308

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien    Date des Soins    Nombre (AM, PC, IM, IV)    Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature de l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

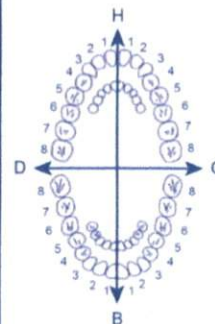
Important :

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

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

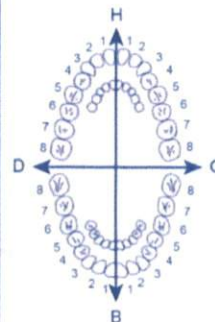
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

**Docteur Nathalie PAYELLE**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de RENNES (France)

MÉDECINE GÉNÉRALE

D.U. : Diététique et Maladies de la Nutrition  
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité ....)

Autorisation N° : 12457

**الدكتورة نطالي بييل**

خريجة كلية الطب بـرين (فرنسا)

الطب العام

شهادة جامعية في الحمية و أمراض التغذية  
السكري - السمنة - الكولسترول

رخصة رقم : 12457

Casablanca, le : 13/07/23 ..... :الدار البيضاء في:



BENSTAH

laïc

Dalyane G

upass 600 mg

f = 14

PHARMACIE DES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY SRI AM  
Route d'Azemmour Km 15  
Dar Bouazza - Casablanca  
(tel : 05 22 36 84 76 - 32 53 22)  
RC : 399369 - T. 32960411

Dr. Nathalie Payelle  
Médecine Générale  
Résidence Annour Immeuble 2  
Avenue de Tan Tan 20160 Casablanca  
Tél: 05 22 36 84 76 - GSM: 06 61 32 53 22





Facture N° FAC-236761

Date : 13/08/2023

kermoudi leila

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
OMEGACOEUR B60 CAPSULES	1	308,00	3	308,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	256,67 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	51,33 DHS
Montant (DHS)	0	0	51,33	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	308,00 DHS
				<b>Total</b>	<b>308,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent huit DHS

RC : 399369  
Tél : 05 22 22 22 22  
Dar Bouazza  
Route d'Alger  
Casablanca  
Pharmacie LES JARDINS DE L'OCEAN  
B.P. 1908  
30500