

## 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.

### 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° W21-799071

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12815 Société : NAF

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Kamel Kabbaj

Date de naissance : 06-12-1979

Adresse : 7705

Tél. : 066 2 765 224 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. KABBAGJ Nawal, Professeur en Hépatogastro-Entérologie, INPE : 101 102 325

Date de consultation : 10/10/2023

Nom et prénom du malade : KABBAGJ Kamel Age : 43

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

Nature de la maladie : Apnée

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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le paiement
22/09/23	C		G	Dr. KABBAJ Jawad Professeur Hépatite C INPE: 101 102

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE NABILA  
Rue N°3, Hay Arraha N°29  
Rte. D'el Jadida - Casablanca  
Tel: 05 22 25 09 43  
ICE: 0010041  
INPE 092087063

22/09/23      251.70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

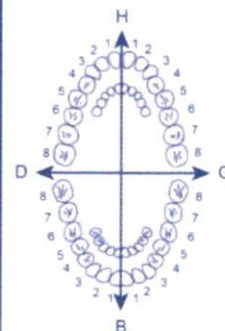

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

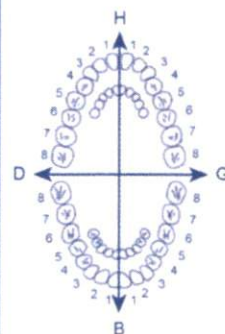
AM      PC      IM      IV


### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain el-Hajj Casablanca  
Oroken 200 mg cp pel b 8  
P.P.V : 116,30 DH



6 118000 061069

ORDO

LOT: 3985  
PER : 10-25  
P.P.V : 10 DH 60

22/09/2023

Mr/Mme

KABBAJ

Komelha

1) Oroken 200 mg cp (1 boîte)  
116,30 1 cp x 2j

2) Nodol fen cp  
30,00 1 cp x 2j

3) Zoloshop 1 p cp  
10,60 1 cp x 3j

4) D cure forte  
49,60 1 cure / 15j

5) Mycoster 1% crème  
1 appl x 2j (1 boîte)

PPV: 49,60 / DH  
LOT: 23C14  
EXP: 03/2026

NO - DOL FEN 400MG  
CP PELL B30  
P.P.V : 30DH00



6 118000 061878

PHARMACIE  
Rue N°3, Hay Arrahj N°29  
Rue Diet Jaddida - Casablanca  
Tél: 00 541 22 25 09 43  
Fax: 00 541 22 20 00 16  
ICE: 00 541 22 20 00 16

Cachet du médecin

Dr. KABBAJ Nawal  
Professeur en  
Hépatologie-Gastro-Entérologie  
INPE: 101 102 325

LOT: 22E014  
PER: 10 2025

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



6 118000 011118