

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-429270

50158

☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 05111      Société : RAM

☐ Actif      ☒ Pensionné(e)      ☐ Autre :

Nom & Prénom : KABBAS Hakim

Date de naissance : 22-12-84

Adresse : Angle Rue Ahmed Charci & Ali Abderrazak  
Rég. Pavillon d'or Casse

Tél. : 066145059      Total des frais engagés :      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/2020

Nom et prénom du malade : Kabbaj Hakim

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

Nature de la maladie : H.T.A. - Suivi

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 11/12/2020      Le : 11/12/2020


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 du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/1/20	CK	1	200 DH	INP : 091081019

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
	16/1/22	1415,20 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

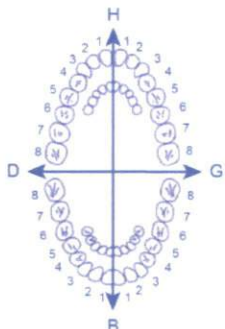
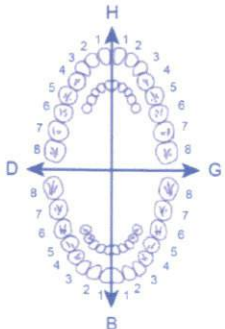
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D	G																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert assermentée près des tribunaux

الدركتورة القبايج ابن الشريف نفيصة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلقة لدى المحاكم

Nom : Kabbaj Hakima

Casablanca le : 16.11.2020

134,30 x6

Co-Aprovel 150/12,5

470<sup>2</sup> x 4 le matin  
2) de chat 6.25

20 x 2 sup le soir

91 x 13) S. citap. 5 mg.  
systematin

30,70 x 3  
4) Kardegic

sup apres de midi

125,30  
5) Vaxigrip  
sup de se.

6) Enexum 20  
sup le matin autrep.

1415,20

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH  
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH  
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg, sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH  
6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
sol inj b1  
P.P.V : 125,30 DH  
6 118001 082247



Dr. Kabbaj Benchérif Noufissa  
Médecine Générale  
(face au Marché du Maarif)  
Tél: 0522 25 28 07

trait 3 mois