

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-445023

168296

C

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 14 09 1957

Adresse : Habitude

Tél. : 0621373313

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : Mr. KRIEM JALAL Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : DIAB + HTA - pathologie MS

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 : 08/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le 08/07/2023

ADHERENT



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
05/12/12				INP : 10201869

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05/10/12		859,90

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 canaux, 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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



مركز أمراض القلب والشرايين  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

الدكتور جلال كريم  
Docteur Jalal KRIEM

Tél. : 05 37 64 20 60  
Fax : 05 37 74 14 48  
E-mail : drjkriem@gmail.com

Témara, Le

05/07/23

M. KTI'RI JAOUAD

95/10 - Losyrel 5/10 mg = 1 p/j - 10

75/10 - Natrxan 1,5/10 = 1 p/j

20/10 - Coplavix = 1 p/j - 10

5 Citap 10 = 1 p/j - 10

2 Crestor 20 = 1 p/j - 10

Hy antalgic - 2 p/j - 10

3 Ins

DOCTEUR JALAL KRIEM  
CARDIOLOGUE  
rue d'Iran - Hay Ibn Sina N° 4 Témara - Cent.  
Tél : 05 37 64 20 60

Société Pharmacie  
Bensaïd Abderrahim  
23 Bis, Av. Amir Sidi Med, Karfa  
Salé - Tél : 05 37 82 90 53  
ICE 003179989000041 RC 37138



CiplaMaroc

S-CITAP® 10mg  
30 Comprimés pelliculés



6 118001 151363

اسيتاب 10 ملغ

30 قرصا ملبسا

LOT: KE20002  
FER: NOV 2023  
PPV: 154 DH 30

phar  
Alkimia N° 6, Qi,  
Bernoussi, Casablanca  
estor 20mg cp pell b30  
P.V. : 250,00 DH



118001 183128

b30 cp  
P.P.V. : 270,00 DH



6 118001 082018

NATRIXAM 150  
30 comprimés à



6 118001 082018

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترس بالجرعات الموصوفة  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فائقة 1 : لا يصرّف الا بوصفة طبية

14011126

30 comprimés pelliculés sécables  
PPV 198,10 DH  
Serlier Maroc - Casablanca



**Facture N° 20230706-855**

Date de vente : 06/07/2023  
Médecin traitant :

**JAWAD KTIRI**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10

Total HT	849,81 DHS
TVA	10,09 DHS
<b>Total</b>	<b>859,90 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : huit cent cinquante-neuf DHS  
et quatre-vingt-dix centimes**

**Société Pharmacie  
Bensaid Abderrahim**  
23 Bis, Av. Amir Sidi Med, Karia  
Salé - Tél : 05 37 82 90 53  
ICE 003179989000041 - RC 37135

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **KTIRI JAOUAD**

Matricule : **7008**

N° CIN : **G16263**

Adresse : **5 RES RIM APT 12 SAID HAJJI SALE**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **101086882**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☒ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**AUC I / HTA + DIU**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Cosynel 5/10 - Natuxan 115/10 - Coplavix  
Sartan 10 - Crestor 20 - Nyctalgie**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Ken** le **05/7/23**

Cachet et signature du médecin traitant

**DOCTEUR JALAL KRIEM**  
CARDIOLOGUE  
Hay Ibn Sina N° 4 Temara - Centr.  
d'Iran - Tél : 05 37 64 20 60

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées