

## 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-827467

6985

26985  
couver

6985

Optique

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 111111111111		
Société : BOUCHAIB		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse : 06621111922		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation ODRP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 piconfidentiel 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 : Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-827467

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Crédit	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/10/2023	1	0	0	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M. AMOR Tchahia, Médecin généraliste, Bir Rabi, 05 34 28 09 05

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie - Parapluie 460 Bd Mohammed V Tel 0537374523	2011-07-16	188,80

## **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Kama NAKARI Biologiste Mohamed Lage Nakhefa 3 - Kenitra Fax : 05 37 32 78 29 2061602	21/2/25	R : 150	216,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

### VOLET ADHERENT

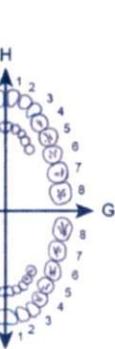
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="0"> <tr> <td><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<b>D</b>	<b>G</b>																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ismail Med. Amor TIJANI

الدكتور اسماعيل محمد عمور التجاني

OMNIPRATICIEN

الطب العام

162, Lot Lahraichi - Bir Rami

162، تجزئة الحرايши بئر الرامي

Kénitra

القنيطرة

Tél. : 05 34 28 09 21 / 06 70 44 73 40

الهاتف : 06 70 44 73 40 / 05 34 28 09 21

Kénitra, le

13/12/2023

Hafida A. S.

97,60

① Nocel long



Dr. Ismail M. AMOR TIJANI  
Médecine générale  
162, Lot Lahraichi - Bir Rami 2  
Kénitra - Tel. : 0534 28 09 21

84,60

14/11



② LeSili X

56,60

14/11



③ Shlwa 10m

N 301682  
13/11/27

14/11/2023

188,80

صيدلية عمورا  
INOSAS  
Pharmacie Parapharmacie  
400 B. Lahraichi - KENITRA  
Tel. 0537378513 Fax 0537373495  
INPE 052042736

Dr. Ismail M. AMOR TIJANI  
Médecine générale  
162, Lot Lahraichi - Bir Rami 2  
Kénitra - Tel. : 0534 28 09 21



PER. 07/2027

PER. 03/2027



# مختبر ابن سينا للتحاليل الطبية Laboratoire Ibn Sina d'Analyses Médicales

Biochimie Clinique - Hématologie - Bactérologie - Virologie - Immunologie  
Parasitologie - Mycologie - Spermologie

Dr. Kamal NAKARI

Spécialiste en Analyses Biologiques Médicales.

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.

Du Management de la Qualité en Biologie Médicale - Université de Bordeaux.

Du de Perfectionnement en Mycologie et Parasitologie - FMP Rabat

ICE : 000423315000005

INPE : 053061602

د. كمال النقاري

اختصاصي في التحاليل الطبية

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

**FACTURE N° : 231201004**

KENITRA le 18-12-2023

Mme Hafida LASSAMI

Date de l'examen : 18-12-2023

I.F : 30501321

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E15	E
0368	Test au latex	B50	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 216.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent seize dirhams .

LABORATOIRE IBN SINA D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr Kamal NAKARI  
Biologiste  
461 Angle Av. Mohamed V et Ibn Abi Zaraa  
Bureau N° 4, 1er étage Nakhela 3 - Kénitra  
Tél: 0537 32 79 24 - Fax : 0537 32 79 29

Dr. Ismail Med. Amor TIJANI  
OMNIPRATICIEN

الدكتور اسماعيل محمد عمور التجاني  
الطب العام

162, Lot Lahraichi - Bir Rami  
Kénitra  
Tél. : 05 34 28 09 21 / 06 70 44 73 40

162, تجزئة الحرايши بئر الرامي  
القنيطرة  
الهاتف : 06 70 44 73 40 / 05 34 28 09 21

Kénitra, le ..... 13/12/2023 القنيطرة في

Hafida Aissa mi

① Facteur Risque

② C R P

LABORATOIRE IBN SINA D'ANALYSES MÉDICALE  
Dr Kamal NAKARI  
Biologiste  
461 Angle Av. Mohamed V et Ibn Abi Zaraa  
Bureau N° 4, 1er étage Nakhla 3 - Kénitra  
Tel.: 0537 32 79 21 - Fax : 05 37 32 79 29

Dr. Ismail M. AMOR TIJANI  
Médecine générale  
162, Lot Lahraichi Bir Rami 2  
Kénitra - Tel. : 05 34 28 09 21