

## 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 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° W21-677095

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 7008 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : JAOUAD

Nom & Prénom : KTIRI

Date de naissance : 14.09.57

Adresse : HABITU

Tél. : 0661 373313 Total des frais engagés : 948 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : KTIRI JAOUAD

Nom et prénom du malade : KTIRI JAOUAD Age : 67 ANS

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

Nature de la maladie : AVC

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 : DALE Le : 22.01.2024

Signature de l'adhérent(e) : K. J. J.

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-677095

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7008

Nom de l'adhérent(e) : JAOUAD

Total des frais engagés :


Date de dépôt :



# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/1/24	917000

# 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.

clopidogrel/acetylsalicylate

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaa Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 118001 082018

Cipla Maroc

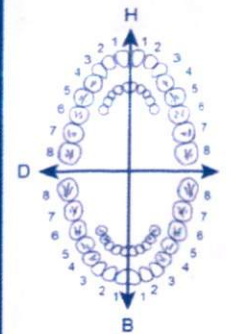
S-CITAP 10mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118001 51363

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pel b30  
P.P.V : 250,00 DH  
6 118001 183128

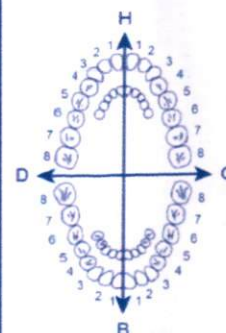
6 118001 130276  
COSYREL 5mg/10mg-  
30 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 98,10 DH  
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130191  
NATRIXA 11,5 mg / 10 mg-  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 87,50 DH

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

INP : 1401126

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

- LAPROPHAN - EXP 12/24  
LOT 2N0  
PPV : 29DH50

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

- LAPROPHAN - EXP 12/24  
LOT 2N032  
PPV : 29DH50

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

- LAPROPHAN - EXP 12/24  
LOT 2N032 4  
PPV : 29DH50

Facture N° 20240124-662

Date de vente : 24/01/2024  
Médecin traitant :

JAOUAD KTIRI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10
MYANTALGIC CO 37.5MG 325MG B20 COMP	3	29,50	TVA (7.00%)	88,50
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00

Total HT	932,52 DHS
TVA	15,88 DHS
<b>Total</b>	<b>948,40 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : neuf cent quarante-huit DHS  
et quarante centimes

Société Pharmacie  
Bensaid Abderrahim  
28 Bis, Av. Amir Sidi Med. Karia  
Salé - Tél : 05 37 82 90 53  
N°E 003179989000041 - RC 37135