

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- Reclamation : 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 - 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° W21-633598

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 7008 | Société : RAI | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 243680 |
| Nom & Prénom : KTIRI JAOUAD | | | |
| Date de naissance : 14/09/57 | | | |
| Adresse : HABITATION | | | |
| Tél. : 0661523313 | | Total des frais engagés : 590.30 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Dr. RACHIDA MOUSSA RHUMATOLOGUE 144 Bis Avenue Mohamed Diouri N° 3 - KENITRA TEL: 05 37 37 62 81 | | | |
| Date de consultation : 27/12/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : KTIRI MINA Age: 61 ans | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Lombalgie bilatérale + crampes | | | |
| 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 : 27/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : KTIRI

Le : 27/12/2022

| | |
|---|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-633598 |
| 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) : KTIRI
Total des frais engagés : 590.30
Date de dépôt : 27/12/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant de l'exécution des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/12/2012 | C2 | 3000 H | 3000 H | INP: 051114437 Dr. RACHIDA MOUNSA RHUMATOLOGUE 144 Bis Avenue Mohamed Diouri N° 2 KENITRA Tél. 05 37 81 62 81 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE TAHIRI MOUNAÏK SARL AU 3-4, Lot. Said Hajji, Rés. Al Boustane 4, Imm. G4 - Salé Tél.: 05 37 87 81 76 | 27/12/2012 | 290,30 |

INPE: 10185133

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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.

| | |
|---------------------------------------|--------|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | 133,60 |
| MONTANTS DES SOINS | 13,20 |
| DEBUT D'EXECUTION | 13,20 |
| FIN D'EXECUTION | 13,20 |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | 13,20 |
| MONTANTS DES SOINS | 13,20 |
| DATE DU DEVIS | 13,20 |
| DATE DE EXECUTION | 13,20 |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT | ALGIK |

CEPES 20 mg
LOT 211480 EXP 04/2024 PPA 99,00 DH
221348 EXP 04/2024 PPA 99,00 DH
31.30 EXP 05/2026 PPA 99,00 DH
DIOVENOR 600 mg 30 comprimés
Zyloptic 200 mg alleopurinol

INP: 051114437

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|---|----------|
| H | 21433552 |
| D | 00000000 |
| B | 35533411 |
| G | 00000000 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Paracetamol, Cetadip

Docteur Rachida MOUSSA

Diplômée de la Faculté de Médecine d'Angers (FRANCE)

RHUMATOLOGUE

- ◆ Echographie Osteo - Articulaire
- ◆ Rhumatisme inflammatoire
- ◆ Maladies des Os et des articulations
- ◆ Maladies de la colonne vertébrale
- ◆ Ostéoporose



INPE : 051114437

ICE : 001718371000053

27/12/2022

Kénitra, le القنيطرة، في

Mme KTIRI MINA

OEDES 20 MG

1 gélule / jour pendant 28 jours (le matin à jeun 1/4 h avant le repas)

ALGIK

1 cp fois 3 / jour pendant 10 jours (au milieu des repas)

DIOVENOR 600

1 Cp / jour le matin après repas 1 mois

ZYLORIC 200

1 Cp / jour le soir pendant 3 mois

Dr. RACHIDA MOUSSA
RHUMATOLOGUE
144 Bis Avenue Mohamed Diouri
N° 3 - KENITRA
Tél : 05 37 37 62 81