

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-445013

MLE 7008  
Autres

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KTIARI JADOUR

Date de naissance : 14/09/51

Adresse : RES RIM 5 APT 2 SAID HAFID SALE

Tél. : 051373313 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2023

Nom et prénom du malade : SRIZI MINA FQ KTIARI Age: 62 ANS

lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : TENSION HTA + DAVI

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 : TANGER

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/09/2023



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-445013

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) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| RELEVE 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 |
| 21/9/23                        | C                 |                       | 5                               | INP : 1000 0000 0000 0000<br>DOCTEUR CAROLINE HEYER 16/09/2023 |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

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

### 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 HONORAIRE  |  |  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
|--|--|--|---|---|---|--|----------|----------|---|--|----------|----------|---|--|----------|----------|---|--|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |  |  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>   |  | <b>Dents Traitées</b><br>(List of treated teeth)   | <b>Nature des Soins</b><br>(Nature of treatments) | <b>Coefficient</b><br>(Coefficient)                 |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |   | <b>INP :</b> <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 PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>   |  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>         Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |   |   | H |  | 25533412 | 21433552 | D |  | 00000000 | 00000000 | B |  | 35533411 | 11433553 | G |  |  |  |
| H  |  | 25533412   | 21433552  |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
| D  |  | 00000000   | 00000000  |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
| B  |  | 35533411   | 11433553  |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
| G  |  |  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
|  |  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
|  |  | <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"/>  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  |  |  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>   |  |  |   |   |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |          |          |   |  |  |  |

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

Nom et prénom :

SAIZI MINA EP KTIRI

Matricule :

7008

N° CIN : A542630

Adresse :

RES RIM 5 APT 12, SAID HAJI SALE

 Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

 DOCTEUR JALAL KRIEM  
 CARDIOLOGUE  
 Rue Dr Hayib Sina N° 4 Temara Centre  
 Tél : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 - Site web : www.mupras.com

N° INPE : 101086882

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SAIZI MINA EP KTIRI

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 :**

HTA + diab

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

 IRBITI 300 - Calcium 10 - Zyglo 200  
 Nedlips 2

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : TEMARA le 24/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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



MR SMITH MINA Ep KTIRI

—

- IRPHI 300mg = 10g le fin
- Calciu 10 = 10g le fin
- Zyflor 2s = 10g à midi
- Redflip 2s = 10g le fin

Chf 3wks

دكتور جلال كريم  
DOCTEUR JALAL KRIEM  
Centre CARDIOVASCULAIRE  
Témara - Hay Ibn Sina - 4 Temara - Centr  
Tél: 05 37 34 20 60

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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  
 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° W21-633640

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7058 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KTRI

Date de naissance : 14-09-57

Adresse : RES RIM SAPT 12 SAID HAJI SALE

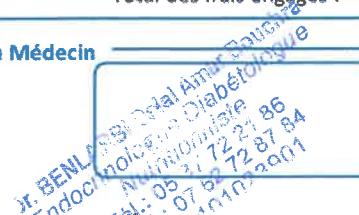
Tél. : 0661373213

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTRI MIWA

Age : 62 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DIABETE

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 : RABAT

Le : 20/09/2013

Signature de l'adhérent(e) : KTRI

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-633640

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 : 7058

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date  | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| .....                                  | ..... | .....                 |
| .....                                  | ..... | .....                 |
| .....                                  | ..... | .....                 |
| .....                                  | ..... | .....                 |

### 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.

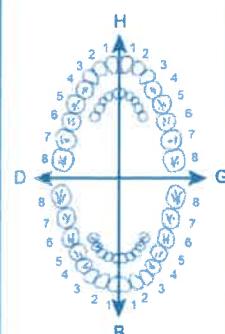
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

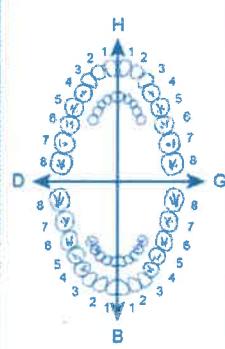
#### Important :

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

SOINS DENTAIRES      Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient      INP :



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **KTIRI MINA**

Matricule : **7008** N° CIN : **A542630**

Adresse : **RES RIM N 5 APT 12 SAID HAJI SALE**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **ENDOCRINOLOGIE**

N° ICE : **101023981** N° INPE :

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

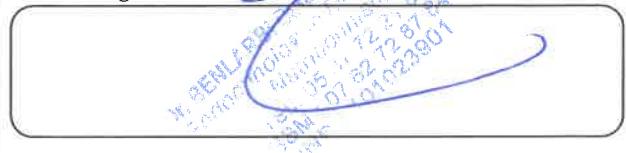
Traitements prescrits :

**GALVUS 1000mg/50mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **le 15/05/2015** à **Bouguenais**

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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

Dr. BENLARBI DELAÏ Bouchra

الدكتورة بن العربي الدلائي بشرى

Spécialiste

إختصاصية

En Endocrinologie - Maladies Métaboliques - Nutrition  
Diabète - Cholestérol - Obésité  
Lipolaser - Cryolipolyse - Radio Fréquence

في أمراض الغدد والتغذية

مرض السكري - الكوليسترول - السمنة

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

خريجة كلية الطب بتولوز

Rabat, le ..... الرباط، في .....

22/01/2015

Dr. Benlarbi Delaï Amar Bouchra  
Endocrinologue - Médecin Diabétologue

14 800

26/01/2015

