

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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, 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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 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° W19-477037

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7002 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KIRI JAVAN  
 Date de naissance : 14 09 59  
 Adresse : HABITUELLE  
 Tél : 06 13 733 13 Total des frais engagés : 709,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : JAVAN KIRI Age : 52  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ 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 : 15 / 11 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : K. Javan

| ELEVÉ 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                                                                                                                              | Date       | Montant de la Facture |
| <p>Cachet du Fournisseur</p> <p>DR. KHALIL LOUAFI</p> <p>Pharmacie AL KAWTAR</p> <p>27 Av. Abdel Ben Abdouh</p> <p>Sale 11100</p> <p>15/11/14</p> | 15/11/14   | 709,00                |
|                                                                                                                                                   | 15-11-2014 | 2 x 135 = 270         |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

PPV: 135,00Dhs

ACCU-CHEN is a trademark of Roche.

LOT

PPC : 135 Dhs صنع في ألما

LOT

**Apidra® So**

solution injectable en s

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Apidra 100U/ml, inj b5 sly  
P.P.V : 439,00 DH

6 118001 081639

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES |                                                                                                                                                                                                                      | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  | MONTANTS DES SOINS |  |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|--------------------|--|
|                            | <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | 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

صيدلية الكوثار  
PHARMACIE AL KAWTHAR

Dr Khalid LOUAFI  
247, Av. Allal Ben Abdellah  
Hay Chemaou - Salé  
Tél. : 037. 84.45.65



Le 15/10/19

Facture N° 047/19

M. KTEBI JAOUAD

| Qté                                                                                                                                              | Produits          | P.U.   | P.T.   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|--------|
| 2                                                                                                                                                | Bandelette Aekish | 135,00 | 270,00 |
| 1                                                                                                                                                | Agidre /f         | 439,00 | 439,00 |
| <p>صيدلية الكوثار<br/>Pharmacie AL KAWTHAR<br/>Dr. Khalid LOUAFI<br/>247 Av. Allal Ben Abdellah, Hay Chemaou<br/>Salé - Tél.: 05 37 87 87 06</p> |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
|                                                                                                                                                  |                   |        |        |
| Total                                                                                                                                            |                   | 709,00 |        |