

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-445011

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **7008** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **179868**

Nom & Prénom : **KTIRI JAVAD**

Date de naissance : **14 09 57**

Adresse : **HABITUELLE**

Tél. : **06 61 37 3313** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

Age : **66 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 : **SALÉ**

Le : **05 / 09 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **KTIRI JAVAD**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-445011

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 JAVAD**
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : **05 09 2023**

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

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 : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/09/23 823,60

INPE: 102015369

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



COSYRE 5mg/10mg-O
30 comprimés pelliculés sécables
PPV: 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

Sandoz Pharmaceutiques Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain Sebaa Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V.: 270,00 DH

5 113001 082018



MATRIKAM 1.5mg/10mg-O
30 comprimés à libération Modifiée
PPV: 87,50 DH

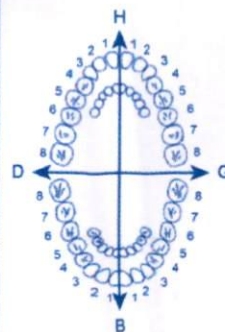
phar
Akimia N° 6, cas,
Berguissi, Casablanca
stor 20mg cp peli b30
y: 260,00 DH
8001 183128

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

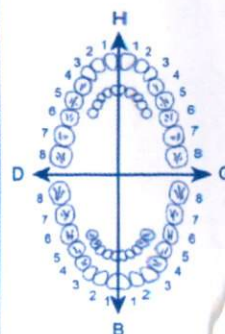
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEME



VISA ET CACHET DU PRA

- LAPROPHAN -- EXP 12/2024
LOT 2N032 4
PPV: 290DH50

- LAPROPHAN -- EXP 12/2024
LOT 2N032 4
PPV: 290DH50

- LAPROPHAN -- EXP 12/2024
LOT 2N032 4
PPV: 290DH50

- LAPROPHAN -- EXP 12/2024
LOT 2N032 4
PPV: 290DH50

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

Facture N° 20230906-655

Date de vente : 06/09/2023
Médecin traitant :

KTIRI JAOUAD

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
MYANTALGIC CO 37.5MG 325MG B20 COMP	4	29,50	TVA (7.00%)	118,00
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10

Total HT	815,88 DHS
TVA	7,72 DHS
Total	823,60 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : huit cent vingt-trois DHS et soixante centimes

ICE 00317998900041-1
Société Pharmacie
Bensaid Abdelhakim
Av. Amir Sidi N. ed.
Tél : 05 37 89 00 35
37135 Karia