

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-677115



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7005

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

KTIRI JAOUAD

Autre :

Date de naissance :

14 09 57

Adresse :

HABITuelle  
661373313

Tél. :

Total des frais engagés :

Optique

Autres

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans  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 :

TEHARA

Signature de l'adhérent(e) :

KTIRI

Le : 13/03/2024

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

26 MAR 2024

KTIRI HINA SAIDI Age: 63 ANS

Lui-même

Conjoint

Enfant

TENSION + DIABETE

Signature de l'adhérent(e) :

KTIRI

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/29	9158,20

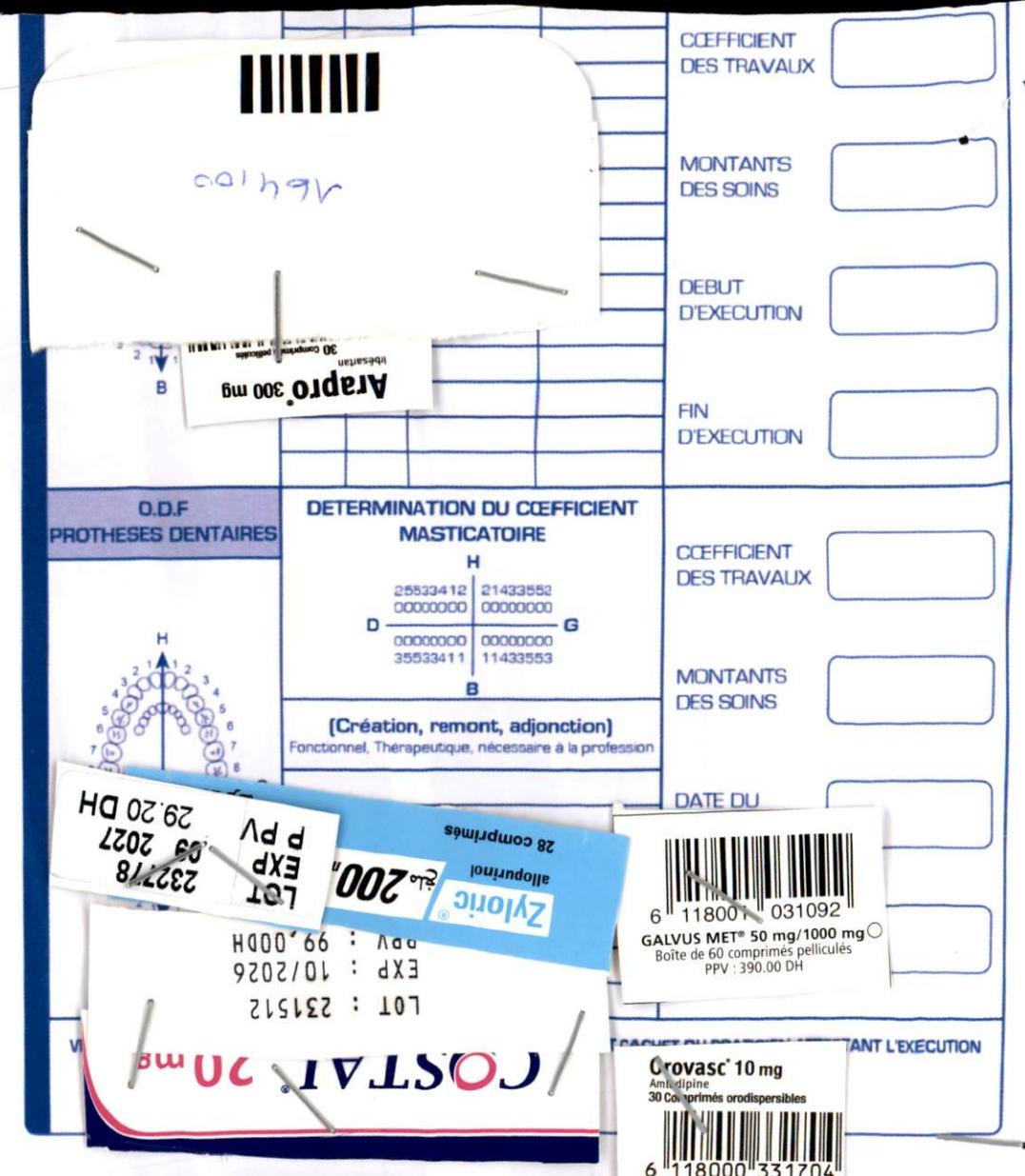
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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



Facture N° 20240313-549

Date de vente : 13/03/2024

Médecin traitant :

KTIRI MINA

Maroc

**Produit**

**Qté.**

**P.U**

**TVA**

**Total**

ARAPRO CO 300MG B30 COMP PELLI	1	164,00	Exonéré (0.00%)	164,00
GALVUS MET CO 50MG/1000MG B60 COMP	1	390,00	Exonéré (0.00%)	390,00
COSTAL CO 20MG B30 COMP PELLI	1	99,00	Exonéré (0.00%)	99,00
ZYLORIC CO 200MG B28 COMP	1	29,20	TVA (7.00%)	29,20
OROVASC 10MG B30 COMP ORODI	1	76,00	Exonéré (0.00%)	76,00

**Total HT**

756,29 DHS

**TVA**

1,91 DHS

**Total**

758,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent cinquante-huit DHS  
et vingt centimes

Société Pharmacie  
Bensaïd Abderrahim  
23 Bis. Av. Amir Sidi Med Karia  
Salié - Tél: 05 37 82 90 53  
芥E: 003 7999000041 - RC 37135