

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-633660

124456

Ph. J. J. J.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KTIKI JAOUAD

Date de naissance : 14.09.57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 066133313

Total des frais engagés : 954,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIKI JAOUAD

Age : 65

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 : SALE

Le : 28 07 2022

Signature de l'adhérent(e) : KTIKI

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-633660

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) : KTIKI

Total des frais engagés : 954,90

Date de dépôt : 28 07 2022

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 : <input type="text"/>

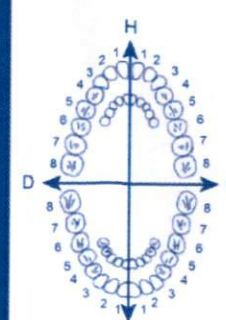
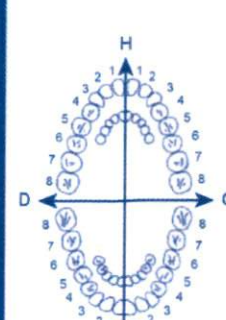
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/22	354/90

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	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES		D.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS									
Le praticien	Importance	O.D.F.	PROTHESES DENTAIRES	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
				<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p>		<p>DATE DU DEVIS</p>									
<p>Lot: <input type="text"/></p> <p>EXP: <input type="text"/></p> <p>PPV: <input type="text"/></p>		<p>Lot: <input type="text"/></p> <p>EXP: <input type="text"/></p> <p>PPV: <input type="text"/></p>		<p>Lot: <input type="text"/></p> <p>EXP: <input type="text"/></p> <p>PPV: <input type="text"/></p>		<p>Lot: <input type="text"/></p> <p>EXP: <input type="text"/></p> <p>PPV: <input type="text"/></p>		<p>Lot: <input type="text"/></p> <p>EXP: <input type="text"/></p> <p>PPV: <input type="text"/></p>		<p>Lot: <input type="text"/></p> <p>EXP: <input type="text"/></p> <p>PPV: <input type="text"/></p>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Casablanca
Tél: 05 37 82 11 30
Fax: 05 37 82 11 31
P.V. : 270 00 DH
N° P.V. : 082018

POUR S'ENQUÊTRE
Lot:
EXP:
PPV:

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

5-CITAP 10mg
30 comprimés pelliculés
LOT: KE10096
PER: AUT 2023
PPV: 154 DH 30

NATRIXAM 1,5 mg / 0 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV: 87,50 DH

MYANTALGIC 20 comprimés pelliculés
PPV 300 DH
EXP 10/2023
LOT 16066 10

MYANTALGIC 20 comprimés pelliculés
PPV 300 DH
EXP 10/2023
LOT 16066 10

MYANTALGIC 20 comprimés pelliculés
PPV 300 DH
EXP 10/2023
LOT 16066 10

Facture N° 20220727-590

Date de vente : 27/07/2022
Médecin traitant :

JAOUAD KTIRI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ROSUVAS SUN CO 20MG B30 COMP	1	255,00	Exonéré (0.00%)	255,00
MYANTALGIC CO 37.5MG 325MG B20 COMP	3	30,00	TVA (7.00%)	90,00
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50

Total HT	938,92 DHS
TVA	15,98 DHS
Total	954,90 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : neuf cent cinquante-quatre
DHS et quatre-vingt-dix centimes**

Pharmacie BENSALD
23, Bs Av. Amir Sidi Med Karti-
Tél : 06 37 82 90 52 M