

## 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

- 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

N° W21-633604

*par Courriel*

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

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

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

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **124457**

Nom & Prénom : **KTIRI JAOUAD**

Date de naissance : **14 09 57**

Adresse : **HABITUELLE**

Tél. : **0661373313** Total des frais engagés : **1318** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **KTIRI JAOUAD** Le : **28 07 2022**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-633604

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 JAOUAD**

Total des frais engagés : **1318**

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
	24/02/2022	13 18,00

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.

**Lantus® Solos**  
100 Unités/ml  
solution injectable en stylo pré-insuline glargine

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.T.  
Ain Sebaï 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOS 100U/ML SOL IN/IS  
P.P.V. : 744DH00

6 118001 081615

**Apidra® Solo**  
solution injectable en stylo

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.T.  
Ain Sebaï 20250 - Casablanca  
APIDRA SOLOS 100U/ML SOL IN/IS  
P.P.V. : 439DH00

6 118001 081639

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION	
	<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'EXP	
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU	

GTIN (0) PPC:135,00 Dhs

LOT (10)

**ACCU-CHEK® Active**

25 Test strips

Roche Diabetes Care South Africa (Pty) Ltd.  
Hertford Office Park, 90 Bekker Road  
Vorna Valley, Midrand  
South Africa

**Facture N° 20220727-517**

Date de vente : 27/07/2022

Médecin traitant :

**JAOUAD KTIRI**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ACCU-CHEK ACTIVE BANDELETTES B25	1	135,00	TVA (20.00%)	135,00
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM	1	744,00	Exonéré (0.00%)	744,00
APIDRA SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS	1	439,00	Exonéré (0.00%)	439,00

Total HT	1 295,50 DHS
TVA	22,50 DHS
<b>Total</b>	<b>1 318,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : mille trois cent dix-huit DHS**

Pharmacie BENSALD  
23, Bis Av. Amir Sidi Med Karia  
Tel : 05 37 82 90 53 M