

## 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

- 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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° W21-633596

Pay  
com

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société : RAM 240970

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KTIRI JADVAD

Date de naissance : 14 09 1957

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 61 37 33 73 Total des frais engagés : 1209,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

Date de consultation : [Blank]

Nom et prénom du malade : KTIRI JADVAD Age: 65

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AVC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : [Blank]

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 : 07 12 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-633596

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 JADVAD

Total des frais engagés : 1209,90

Date de dépôt : 07 12 2022


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
	06/12/2022	120990

# 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.

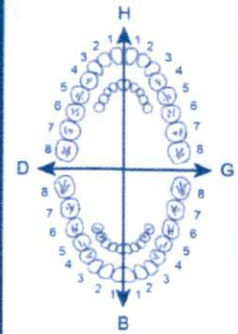


LOT: KE10121  
PER: SEP 2023  
PPV: 154 DH 30

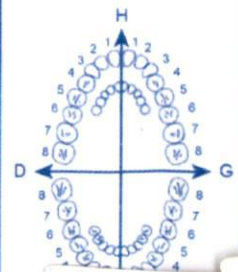


**Rosuvastatine 20 mg**  
30 Comprimés pelliculés  
Voie orale

EXP: 255 DH 00  
PPV: 255 DH 00



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
G	00000000
B	11433553

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

# CCEFFICIENT DES TRAVAUX

DA  
DE  
DAT  
L'EX



Lot n°:  
EXP: 255 DH 00  
PPV: 255 DH 00

MYNTALGIC 20 comprimés pelliculés

PPV 300H00 EXP 10/2023 LOT 16066 10

PPV 300H00 EXP 10/2023 LOT 16066 10

MYNTALGIC 20 comprimés pelliculés

PPV 300H00 EXP 10/2023 LOT 16066 10

PPV 300H00 EXP 10/2023 LOT 16066 10

**Facture N° 20221206-206**

Date de vente : 06/12/2022  
Médecin traitant :

**JAOUAD KTIRI**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
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
MYANTALGIC CO 37.5MG 325MG B20 COMP	3	30,00	TVA (7.00%)	90,00
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50
ROSUVAS SUN CO 20MG B30 COMP	2	255,00	Exonéré (0.00%)	510,00

Total HT	1 193,92 DHS
TVA	15,98 DHS
<b>Total</b>	<b>1 209,90 DHS</b>

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

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