

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-633588

pay comi

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7008	Société : RAM	240969	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KTIRI JAOUED			
Date de naissance : 14/09/1957			
Adresse : 1001 Avenue Hassan II			
Tél. : 0661373313		Total des frais engagés : 503 Dhs	

Autorisation CNDP N° A-A-215/2015

Cachet du médecin	Dr Leila GHARNATEI Médecin Généraliste 105, Mahrouka - Imb 11 Appt 2 Tél : 05 22 84 55 05
Date de consultation :	21/11/2011
Nom et prénom du malade :	KTIRI Alix
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Procto-colite
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/11/2011

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-633588

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  
Total des frais engagés : 503 Dhs  
Date de dépôt : 23/11/2011

### 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
14/11/2011	5	150	INPE: 101178022	Dr. Leila GHARNATEI Médecin Généraliste Méhrouss - 10011 Appt 2 Télé: 05 37 84 55 05

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TAHIRI MOUNIR SARL AU 3 - 4, Lot. Said Hajji, Rte. Al Boustane 4, Imm. G4 - Salé Tél.: 05 37 87 81 76 INPE: 102655183	2011-11-22	353,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE TAHIRI MOUNIR SARL AU 3 - 4, Lot. Said Hajji, Rte. Al Boustane 4, Imm. G4 - Salé Tél.: 05 37 87 81 76			

### 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.

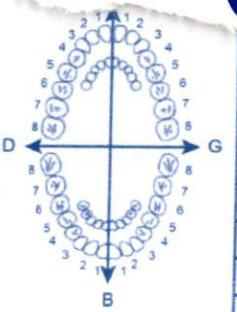
0093100067

PV : 28 DH 00  
BOTTE SA

Pevagine® 1%

31,60

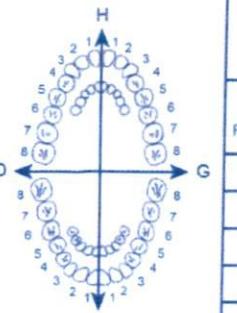
STODAL



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

urtec® 10 mg  
20 mg  
CORT®  
Fluomizif®  
NAZ AIR®  
Etiquette  
50 mg  
00 H040505  
PPV: 75 DH 00  
PER: 09/2023  
LOT: 040505

20 mg  
CORT®  
Fluomizif®  
NAZ AIR®  
Etiquette  
50 mg  
00 H040505  
PPV: 75 DH 00  
PER: 09/2023  
LOT: 040505

34,70

34,70

Docteur Leila GHARNATEÏ

Médecin Généraliste  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
Ibn EL Jazzer de Sousse Tunisie



الدكتورة ليلى غرباطي

الطب العام  
خريجة كلية الطب ابن الجزار  
بسوس - تونس

Nina.ktiri

22/11/2022

31,60

Pevagline

Δ app x 2 j/1

96,40

Fluspir 1 ml

bande la fin / 6.

75,00 Nazari 1 pulv Δ app x 2 j/1 10/1

Scort 2cp le mat / 5;

Antec

Δ app ledir 1 mois

Stodal

Δ cais x 3,18.

Dr. Leila GHARNATEÏ  
Médecin Généraliste  
Ibn El Jazzer  
Mabrouka - Imb 11  
Tél: 05 37 84 55 05

PHARMACIE TAHIRI-MOUNIR  
SARL AU  
3, 4, Lot. Said Hajji, Imm. G4 - Sale  
Rés. Al Boussane 4, Lot. 4, Imm. 64 - Sale  
Tél: 05 37 87 81 76

Tél : 05 37 84 55 05

Lotissement Mabrouka, Immeuble 11, Appt N° 2, Route de Kénitra-Salé (A proximité de carrefour)