

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-477009

168293

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7008

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KTIRI JAOUAD

Date de naissance :

14 09 57

Adresse :

HABITUELLE

Tél :

06 61 37 33 13

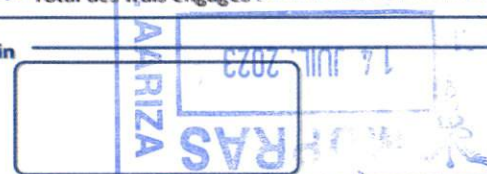
Total des frais engagés :

58000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

KTIRI MINA SAIZI

Nom et prénom du malade :

KTIRI MINA SAIZI

Age :

62

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

TENSION

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 :

04 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

KTIRI

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 : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Société Pharmacie Belkaid Abderrahmane 23 Bd Sidi Amir Sidi Med Khria Alg - Tel : 05 37 82 90 53 ICE 00179989000041 - RC 3135</p>	03/07/2023	365,00

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	

Redlip 20 mg
 30 Comprimés pelliculés
 6 118000 420286

IRPHI 300 mg
 30 Comprimés
 6 118000 051268

30 قرصا
 6 118000 051268

محيط الصدفة
 LOT : 072
 PER : MAR 2026
 PPV : 160 PH

28 Comprimés
 LOT: 083
 PER: SEP 2025
 PPV: 75 OH 20

LOT 230301
 EXP 12 2026
 PPV 31.30

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFF MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE

CALCINIB 10mg
 Bésylate d'Amlodipine

Facture N° 20230703-137

Date de vente : 03/07/2023
Médecin traitant :

KTIRI AMINA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
IRPHI CO 300MG B30 COMP	1	160,90	Exonéré (0.00%)	160,90
REDUP CO 20MG B30 COMP	1	97,60	Exonéré (0.00%)	97,60
ZYLORIC CO 200MG B28 COMP	1	31,30	TVA (7.00%)	31,30
CALCINIB CO 10MG B28 COMP	1	75,20	Exonéré (0.00%)	75,20

Total HT	362,95 DHS
TVA	2,05 DHS
Total	365,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent soixante-cinq DHS

00371998900041-Rc 37135
Sala - Tel : 05 37 37 82 90
23 Bis
Société Pharmacie
Bensaid Abdelhakim
Kairouan