

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-662280  
*par courrier*



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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1008 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KTRI JAOUAD

Date de naissance : 14/09/1957

Adresse : HABITuelle

Tél. : 066 1373313 Total des frais engagés : 557 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Leila GHARNAÏ  
Médecin Conseil  
Lot Mabrouk - Im' 1 App' 2  
SALE - Tél : 05 37 84 55 05

Date de consultation : 03/01/24

Nom et prénom du malade : KTRI JAOUAD

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Bouche

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 : 03/01/24

Signature de l'adhérent(e) : Leila GHARNAÏ Dr. Leila GHARNAÏ  
Tél. 05 37 84 55 05

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **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
23/01/24	S		180	INP : 1011-8822 Dr. Leila GUARNATE Médecin : 05/01/2024 Signature : 05/01/2024
24/01/24				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TAHIRI MOUNIR SARLAU Boulevard 34, Lot. Sidi Hajji, Rés. Bousiane 4, Imm. G4 - Salé Tél : 05 37 87 81 76	03/01/84	337,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

N° Dhs : PPV Dhs :		23023 / 12/25 100,10	EXP : PPV 17DH70	EFFERALGAN® vitaminé C EXP 03/2026 LOT 2D037																					
Le pr Impo Veull		AMM N° : 280R1/19D/P/21/NNP  NEOPRED® 20 comprimés de 20mg PPV : 37,40 DH 6 118 000 191919	Dent traitée cas de pr																						
<b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : LLL																				
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>																				
					<b>MONTANTS DES SOINS</b>																				
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b>																				
					<b>FIN D'EXECUTION</b>																				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">26533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		D	B	D	G	00000000		00000000		26533412		21433552		35533411		11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
H		G																							
D	B	D	G																						
00000000		00000000																							
26533412		21433552																							
35533411		11433553																							
					<b>MONTANTS DES SOINS</b>																				
					<b>DATE DU DEVIS</b>																				
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																									

Docteur Leila GHARNATEÏ

Médecin Généraliste

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



الدكتورة ليلي غرناطي

الطبيب العام

خريجة كلية الطب ابن الجزار

بسوس - تونس

Nina El TIRI

100,500  
X2

Euro 100

Lot Mabdr - Tel : 0537 845505  
Dr Leila GHARNATEÏ  
Médecin Gén. - Appt 2  
SALÉ - TAHIRI MOUNIR

03 / 01 / 2024

La carte d'identité

29,50

\* Dr Leila GHARNATEÏ

La carte d'identité

12,80

Aler 2

La carte d'identité / 2 sem.

12,80  
2  
33,00  
2

Le résultat de la visite  
Neopred

La carte d'identité / 13.

La carte d'identité / 5

Lot Mabdr - Tel : 0537 845505  
Dr Leila GHARNATEÏ  
Médecin Gén. - Appt 2

PHARMACIE TAHIRI MOUNIR  
3, rue Al Bourguiba, immeuble 64 - Salé  
Téléphone : 07 31 70

Tél : 05 37 84 55 05

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