

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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.
- Les soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie chronique Longue Durée ALD et ALC :

- La maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois

## 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

W21-838700

☒ 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 : Habitude

Tél. : 06 61 37 33 13

Total des frais engagés : 368

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIRI MINA

Age : 33 ANS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : TENSION

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC

Pathologie :

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 : TANGIA

Le : 25 03 2024

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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-838700

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 : 368

Date de dépôt : 25 03 2024



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet ou Pharmacie ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/07/24	365,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

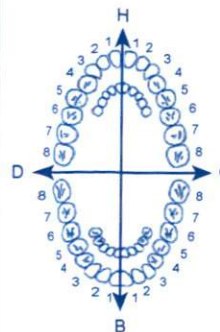
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Le praticien est prié de

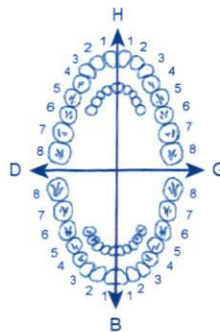
Important :

Veuillez joindre les rad

# SOINS DENTAIRES



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
	35533411	11

(Création, remont, Fonctionnel, Thérapeutique, néces

LOT 231946  
EXP 08/2027  
PPV 29.20

Zyloric 200 mg  
allopurinol  
28 comprimés

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

6 118000 331742  
Aapro 300 mg  
30 comprimés pelliculés

COSTAL 20 mg  
Aorastatine (DCL)  
30 Comprimés pelliculés  
6 118000 340737

Orovasec 10 mg

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

**Facture N° 20240327-297**

Date de vente : 27/03/2024  
Médecin traitant :

**MINA KTIRI**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ZYLORIC CO 200MG B28 COMP	1	29,20	TVA (7.00%)	29,20
OROVASC 10MG B30 COMP ORODI	1	76,00	Exonéré (0.00%)	76,00
COSTAL CO 20MG B30 COMP PELLI	1	99,00	Exonéré (0.00%)	99,00
ARAPRO CO 300MG B30 COMP PELLI	1	164,00	Exonéré (0.00%)	164,00

Total HT	366,29 DHS
TVA	1,91 DHS
<b>Total</b>	<b>368,20 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent soixante-huit DHS  
et vingt centimes**

**Société Pharmacie**  
**Bensaïd Abdelrahim**  
23 Bis, Av. Amir Sidi Med, Karia  
Salé - Tél : 05 37 82 90 53  
ICE 00317998900041 - RC 37135