

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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-633632

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **ROYAL AIR MAROC**

Matricule : **1008** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **171602**

Nom & Prénom : **KTIRI JADUR**

Date de naissance : **14.09.57**

Adresse : **HABITUELLE**

Tél. : **0661373313** Total des frais engagés : **1372** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **KTIRI JADUR**

Age : **66 ANS**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **DIABETE** **APIRINA + LANTUS**

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 : **SAF**

Le : **08 / 08 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **K. JADUR**

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 :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/08/23	1322,50

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	

ACCU-CHEK
Active

0 124155

For the determination of blood glucose

PPC: 139.50 Dhs

OT (10) 26066214

2024-05-14

2022-08-15

UDI

Lantus Solo
00 Unités/ml
solution injectable en stylo pr

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca

P.P.V. : 744DH00

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INI B5

6 118001 081615

Apidra S
solution injectable en

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca

P.P.V. : 439DH00

APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INI B5

6 118001 081639

ACCUSOL
0 124155

For the determination of blood glucose

PPC: 139.50 Dhs

OT (10) 26066214

2024-05-14

2022-08-15

UDI

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

D

B

G

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
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 L'EXECUTION

Facture N° 20230808-549

Date de vente : 08/08/2023

Médecin traitant :

KTIRI JAWAD

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ACCU-CHEK ACTIVE BANDELETTES B25	1	139,50	TVA (20.00%)	139,50
APIDRA SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS	1	439,00	Exonéré (0.00%)	439,00
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM	1	744,00	Exonéré (0.00%)	744,00

Total HT	1 299,25 DHS
TVA	23,25 DHS
Total	1 322,50 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : mille trois cent vingt-deux
DHS et cinquante centimes**


Société Pharmacie
Bensaid Abderrahim
23 Bis, Av. Amir Sidi Med, Karia
Salé - Tél : 05 37 82 90 53
ICE 003179989000041 - RC 37135