

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 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

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.

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° W21-662276

182145

☒ 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 : Halimbielle

Tél. : 0661 27 53 13

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KTIRI JAOUAD

Age : 66 ANS

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AVE

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 : 02/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : KJAM

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-662276

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 :

Date de dépôt : 02/11/2023

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
	02/11/2025	87990

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des	Coefficient	
O.D.F.	PROTHESES DENTAIRES			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTE				

14011081

6 118001 130276

COSYREL 5mg/10mg-0
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98.10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011126

6 118001 130191

NATRIXAM 1,5 mg / 10 mg-0
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 87.50 DH

6 118001 183126

PPV : 250.00 DH
Crestor 20mg c/bell b30
Sof Bernoussi, Casablanca
Bd Alkhalifa N° 6, OI
Maphar

6 113001 082018

Sanofi-Aventis Maroc
Région de Casablanca
Al Anzab Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 65
PPV : 270.00 DH
PER: MAI 2025
LOT: KE30031

6 118001 151363

S-CITAP 10mg
30 comprimés pelliculés
PPV: 154 DH 30
PER: MAI 2025
LOT: KE30031

MYNTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPV 290H50 / EXP 05/2025
LOT 31015 4

MYNTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPV 290H50 / EXP 05/2025
LOT 31015 4

MYNTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPV 290H50 / EXP 05/2025
LOT 31015 4

MYNTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPV 290H50 / EXP 05/2025
LOT 31015 4

Facture N° 20231102-900

Date de vente : 02/11/2023

Médecin traitant :

KTIRI JAOUAD

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	1	270,00	Exonéré (0.00%)	270,00
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
CRESTOR CO 20MG B30 COMP PELLI	1	250,00	Exonéré (0.00%)	250,00
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10
MYANTALGIC CO 37.5MG 325MG B20 COMP	4	29,50	TVA (7.00%)	118,00

Total HT	960,09 DHS
TVA	17,81 DHS
Total	977,90 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : neuf cent soixante-dix-sept
DHS et quatre-vingt-dix centimes**


Société Pharmacie
Bensad Abderrahim
23 Bis, Av. Amir Sidi Med. Karia
Salé - Tél : 05 37 82 91 53
ICE 003179389000041 - RC 37135