

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-528903

ND: 30797

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KIRI JAVAD  
 Date de naissance : 14 09 57  
 Adresse : HABITUELLE  
 Tél. : 06 61 37 33 13 Total des frais engagés : 2210 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : KIRI JAVAD Age : 63  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : A.V.C.  
 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 : S.A.B. Le : 30 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : K. JAVAD



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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENSAID 25 316 JAWHAR Sidi Bou Abderrahmane	16/07/2024	1210 DH

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	

**S-CITAP® 10 mg**

LOT: K590070  
PER: JUL 2024  
PPV: 154 DH 30

MXGS0037

30 comprimés à Libération Modifiée

NATRIKAM 1,5 mg / 10 mg

ppv: 87,50 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 278,00 DH

SOINS DENTAIRES	D Traitées	S Soins	Coefficient	INP	Rosuvastatine 20 mg	
					Lot n°:	EXP:
					3	255 DH 00

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
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° 20200616-287**

Date de vente : 16/06/2020

Médecin traitant :

**jaouad ktiri**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SCITAP CO 10MG B30 COMP	1	154,30	TVA (7.00%)	154,30
NATRIXAM CO 1.5MG/10MG B30 COMP	1	87,50	Exonéré (0.00%)	87,50
ROSUVAS SUN CO 20MG B30 COMP	1	255,00	Exonéré (0.00%)	255,00
SEDALGIC CO 325/37.5MG B20 COMP	2	30,00	TVA (7.00%)	60,00
COPLAVIX CO 75MG/100MG B30 COMP	2	278,00	Exonéré (0.00%)	556,00
COSYREL CO 5MG/10MG B30 COMP PELLI	1	98,10	Exonéré (0.00%)	98,10

Total HT	1 196,88 DHS
TVA	14,02 DHS
<b>Total</b>	<b>1 210,90 DHS</b>

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