

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.

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



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

Déclaration de Maladie

Nº W19-528903

ND: 30797

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 77104 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

KITIRI JAHVAD Age: 63

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/06/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP :  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 16.07.2020 | 16101.24 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

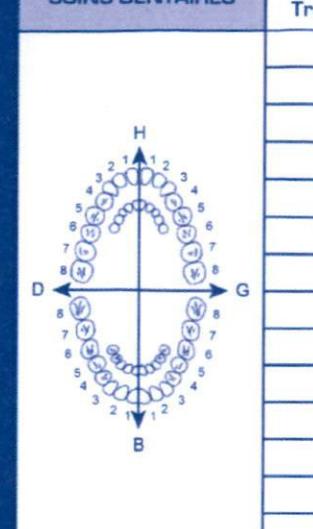
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

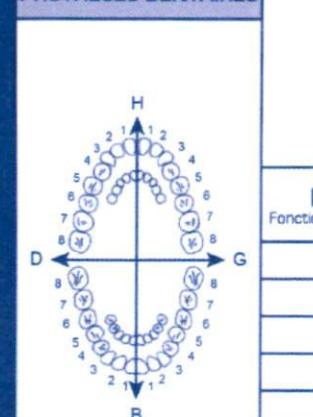
S-CITAP® 10 mg

LOT N°E90070
PER: JUL 2021
PPV: 154 DH 30
PPV: 87.50 DH

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba Casablanca
Copivax 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH
6 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba Casablanca
Copivax 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH
6 118001 082018

Rosuyas® SUN
Rosuvastaine 20 mg

3 V
Lot n°:
EXP:
PPV: 255 DH 00

6 118001 130276
COSYREL 5mg/10mg - C
30 comprimés pelliculés sécable
PPV: 98.10 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS007

NATRIUM 1,5 mg/10 mg
30 comprimés à libération Modifiée
PPV: 87.50 DH

00 DE L'EXÉCUTION

INP :
CÉFIC
DES TR
MONTA
DES SOI
DEBUT
D'EXÉCUTION
FIN
D'EXÉCUTION

CÉFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 |
| ROSVUVAS 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 |
| COPALVIX 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 |
| Total | 1 210,90 DHS |

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