

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 W19-542697

ND 37607

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KTIRI JADOUAD

Date de naissance : 14/09/57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661375312

Total des frais engagés : 1583 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MALADIE CHRONIQUE



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

Age : 63

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DIABETE

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 : SP

Le : 20/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : K. TIRI

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie BENSADID D. CHAGTAB Aïda 23 Bis AV. AM SIDI TANANARIVE 101</i>	18 08 20 1588	DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

Le praticien
Importez
Veuillez à
SOINS

ACCU-CHEK
Active

Unités/ml
Injection injectable en stylo pré
de glargin

Lantus® Solos
Sanofi-aventis M
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, in
P.P.V : 744,00 Dhs
6 118001 08

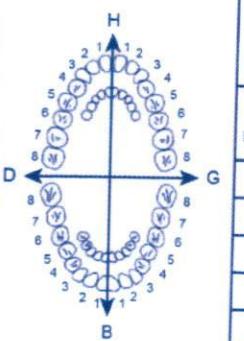
Apidra® So
Sanofi-aventis M
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, in
P.P.V : 439,00 Dhs
6 118001 08

ACCU-CHEK
Active

25 Test strips

Roche Diabetes Care South Africa (Pty) Ltd
Hartford Office Park, 00 Pekker Road, Durban, South Africa

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° 20200818-659

Date de vente : 18/08/2020
Médecin traitant :

JAWAD KTIRI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM	1	744,00	Exonéré (0.00%)	744,00
ACCU-CHEK ACTIVE BANDELETTES B25	3	135,00	TVA (20.00%)	405,00
APIDRA SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS	1	439,00	Exonéré (0.00%)	439,00

Total HT	1 520,50 DHS
TVA	67,50 DHS
Total	1 588,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cinq cent quatre-vingt-huit DHS

