

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.



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

Declaration de Maladie

N° W21-823780

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 19382

Matricule : 19382 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : WADI

Nom & Prénom : HAJJOURT WADI

Date de naissance : 15/11/85

Adresse : Ag 5376

Tél. : 0666928342 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Amine FITTI

Cachet du médecin : Amine FITTI
Généraliste - Infertilité
1 Ibn Sina - Tél : 05 22 36 03 03
091170759

Date de consultation : 25/11/23

Nom et prénom du malade : REKLAUL IMAN Age : 38

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Suivie de grossesse

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 13/02/2024

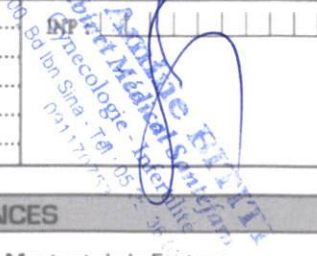
Adresses Mails utiles

- 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

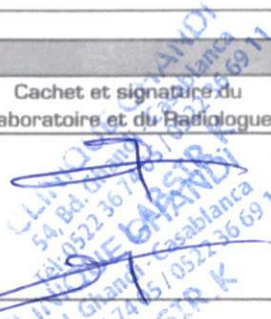
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/11/23	G		G	
08/12/23	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

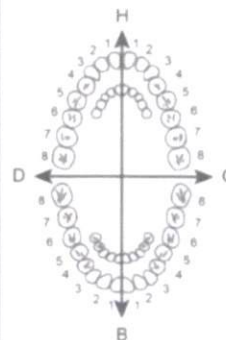
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2.12.23	radios	500
	25-11-23	radios	500

AUXILIAIRES MEDICAUX

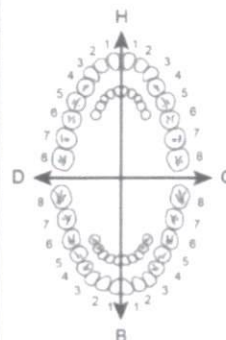
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

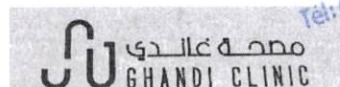
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11
LABSIR.K

Casablanca le : 2.12.23.

Reçu de paiement

A Mme/Mr. REKLAOUI, INANE.

Nous, soussignés Clinique Ghandi avoir reçu la somme de 500

Cette somme a été reçue pour :

NONIT

Le paiement a été fait par :

- ☐ Chèque
- ☐ Espèce
- ☐ Carte Bancaire

CLINIQUE GHANDI
54 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11
LABSIR.K

SIGNATURE

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11
LABSIR K

محمدة غاندي
GHANDI CLINIC

Casablanca le : 25.11.23

Reçu de paiement

A Mme/Mr..... REKLAOUI IRANE.....

Nous, soussignés Clinique Ghandi avoir reçu la somme de..... 22000.....

Cette somme a été reçue pour :

500

Le paiement a été fait par :

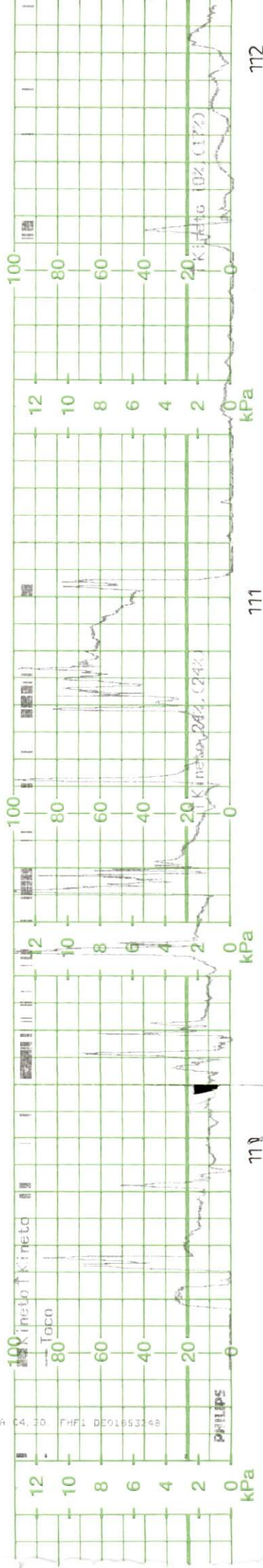
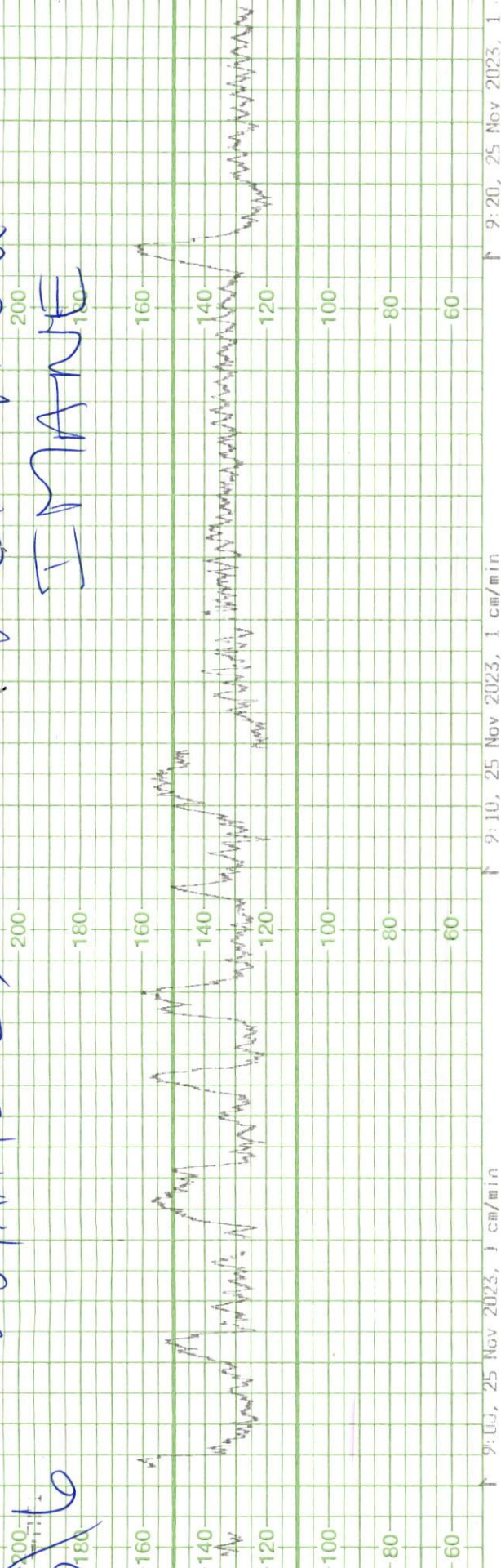
- ☐ Chèque
- ☒ Espèce

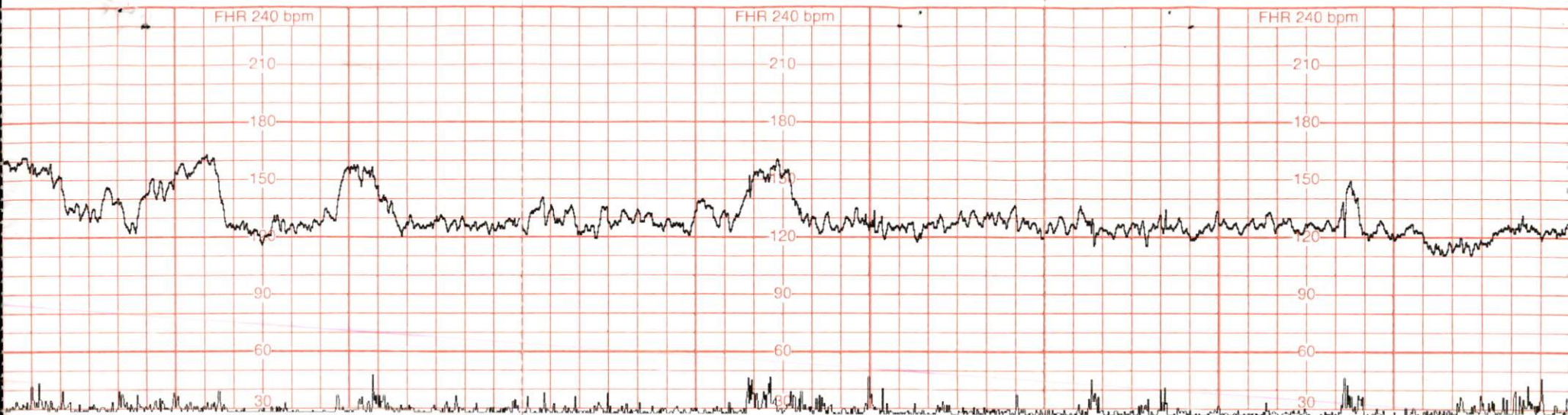
CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11
LABSIR K

[illegible]

Sekizilant 12 EK Fu-Rev 8.01.05. Pro-Rev 8.01.11. INT R1 14
 Product 12 EK 153101387 G 02 14. Gebil 8.04.24. Topr DE43222138 R 04.30 FHF1 DE01853248
 1.03.31

1. C. 31





02/12/23

REK LAODI

IMAN

