

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-815193

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2815

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

MRS EL GHOMARI Malika

Date de naissance :

18 - MAI - 1955

Adresse :

8, Rue Ibnou MALIK Aviation Rabat

Tél. :

06 61 30 97 62

Total des frais engagés :

527,50 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL GHOMARI Rachida
Anesthésiste - Réanimateur

Date de consultation :

21/01/2024

Nom et prénom du malade :

EL GHOMARI Malika

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

dos lombalgies

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 :

RABAT

Le :

30/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

ELGHO

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-815193

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 :

2815

Nom de l'adhérent(e) :

ELGHOMARI

Total des frais engagés :

527,50 DH

Date de dépôt :

30/01/2024

| 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 |
| 21/01/2024 | | | CG | INP : 0910505216 |
| | | | Dr. EL GHOMARI Rachida Anesth. Générale - Réanimateur | Dr. EL GHOMARI Rachida Anesth. Générale - Réanimateur |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | ANALYSES - RADIOGRAPHIES | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des honoraires |
| <p><i>AE ALAOUI</i></p> <p>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</p> <p>Rue Zyaydah Aviation 10180 (EA)</p> <p>Rabat Tél: 0537 75 22 33</p> <p>INPE: 103062675</p> | <p>28.01.24</p> <p>B. 25</p> <p>27.50</p> | <p><i>AE ALAOUI</i></p> <p>Laboratoire du Radiologue</p> <p>27 Rue Zyaydah Aviation 10180 (EA)</p> <p>Rabat Tél: 0537 75 22 33</p> <p>INPE: 103062675</p> | <p>Montant des honoraires</p> |

[illegible]

* 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 en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-------------------------------|---|---------------------|-------------|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 G </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة ORDONNANCE

N^{he} EL GHOMARI Malika
le 21/01/2024

Dr. EL GHOMARI Rachida
Anésthésiste - Réanimateur

- Dosage

• de Vch D 1 D2

• NFS

• VS

Dr. EL GHOMARI Rachida
Anésthésiste - Réanimateur





مختبر بروفيسور العلوئي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOUI

FACTURE N° : 2401220010

Rabat le 22-01-2024

Mme Malika EL GHOMARI

Demande N° 2401220010

Date de l'examen : 22-01-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--|------|-------|
| 9105 | Prélèvement sanguin | E25 | E |
| | HEMOGRAMME | E80 | E |
| | Vitesse de sédimentation | B25 | B |
| | 25-(OH)-vitamine D (D2+D3) | E395 | E |
| | METABOLISME PHOSPHOCALCIQUE | 0 | |
| | REFERENCE MARQUEURS HEMATOLOGIQUES | 0 | |
| | REFERENCE MARQUEURS D'INFLAMMATION ET DU SYSTEME | 0 | |
| | IMMUNITAIRE | | |
| | REFERENCES GENERALES | 0 | |

Total des B : 25

TOTAL DOSSIER : 527.5DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent vingt-sept dirhams cinquante centimes

Dr. AE ALAOUI
Laboratoire du Professeur ALAOUI
21 Rue Zaydah Aviation 10180 (EA)
Rabat Tél : 0537 75 22 33
INPE : 103062675

C



مركز النقديات

SANS CONTACT



22/01/24
9900677965
96779601
LPA ACCUEIL
Rabat

10:36:02

A00000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxx2125
CARTE NATIONALE
96273C8BC22800BC
220-0-9999-1-55

MONTANT: 527,50 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 605565
STAN : 009037

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT