

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

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

Déclaration de Maladie

M23-003720

199609

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4681 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUHIB Mohamed

Date de naissance : 30-06-1952

Adresse : 45 par 18 angle 8 HAY KHOURI

OLIFIA CPSA B CASABLANCA

Tél. : 0663 62 1569 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20-02-2024 Nom et prénom du malade : Mouhib Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hernie parésie gauche - Prothèse totale fémur

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 05-02-2024

Signature de l'adhérent(e) : 20-2-24

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- 0003720

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 : 4681

Nom de l'adhérent(e) : MOUHIB

Total des frais engagés : 600,00

Date de dépôt :

600,00

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
20/02/2024	S	300 DHS		Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa P.F. EL FAJOURI ABDELLATIF Médecine Physique et Réadaptation 091037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GOLD CARD ADRESSE: 46, BD ZERTKOUNI 2EME ETAGE APPT N°6 CASABLANCA GSM: 06.97.05.64.13	2/07/2014	300 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

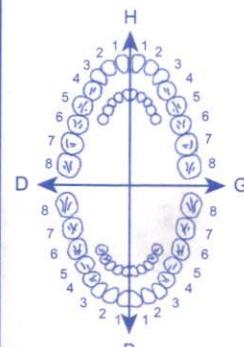
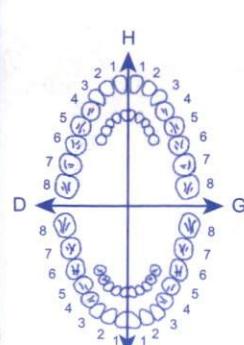
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exiés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 20/04/2024

Mme Mohib Mohamed
présente une infarctus de
l'infarctus de la paroi.
Maladie de l'infarctus de la
paroi de la paroi à la
date .

GOLD CARD
ADRESSE : 46, BO-ZERKOURA
ZEME ETAGE APPY
N°6 CASABLANCA
GSM : 06.97.05.64.13

200 DH

Ne cause une flambée de
03 cm

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. EL FATIMI ABDELLATIF
Médecine Physique et Réadaptation
091037077

GOLD CARD

FACTURE N° : 23070250

DATE : 26/02/2024

CLIENT : MOUHIB MOHAMED

Désignation	Quantité	Prix Unitaire TTC	Montant TTC
LES TALONETTS	1	300,00	300,00



TOTAL HT :	250,00
MONTANT TVA :	50,00
TOTAL TTC :	300,00

ARRETER LA FACTURE A LA SOMME DE : Trois Cent DHS

GOLD CARD SARL AU – Siège social : 46, BD Zerkouni 1^{er} étage Appartement n° 6, Casablanca.

IF : 24853085 – TP : 32493688 – ICE : 00187770000073 – RC : 385045 à Casablanca

Tel : 06.61.38.74.39 - 06.97.05.64.13 – CNSS : 8256599

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2402201402318570 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400834479	MOUHIB MOHAMED	20/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	009797 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : SAM.HAT



A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue ink stamp. The stamp contains the text "HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID" around the perimeter and "REÇU DE CAISSE" in the center. The signature is fluid and appears to be "SAM.HAT".

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 20/02/2024
Numéro : 29 203



090061862

Nom patient : MOUHIB MOHAMED

Médecin : PR. EL FATIMI ABDELLATIF
Médecine physique

2400834479

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE MEDECINE PHYSIQUE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS





SANS CONTACT



20/02/24 14:01:29
9900397820
93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A0000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxxx4913
CARTE NATIONALE
F02FDC560F2DAE07
621-0-9999-1-44

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: 727466
STAN : 009797

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT