

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hay
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

M23-003720

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUHIB Mohamed

Date de naissance : 30-06-1952

Adresse : 45 passage 8 HAY KH02AM #

OULFA CASABLANCA

Tél. : 0663621569 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 : Nouhib Mohamed Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : hémi-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 : CASABLANCA le 20.2.24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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) : NOUHIB

Total des frais engagés : 600,00

Date de dépôt :

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
20/02/2014	S	200 DH		Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa P.I. EL-FATIMI 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 ZERKTOUNI
2EME ETAGE APPT
N°6 CASABLANCA
GSM : 06.97.05.64.13

20/02/2014 300 DH

GOLD CARD
ADRESSE : 46, BD ZERKTOUNI
2EME ETAGE APPT
N°6 CASABLANCA
GSM : 06.97.05.64.13

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

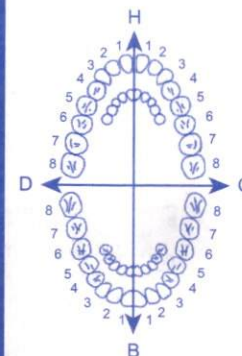
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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

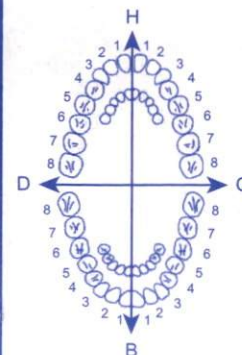
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

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 Monhib Mohamed
présente une irrégularité de
l'apex du cœur à l'écoulement
Membre inférieur gauche < à
05 cm par rapport à la
ligne.

GOLD CARD
ADRESSE : 46, BOULEVARD
2EME ETAGE APPT
N°6 CASABLANCA
GSM : 06.97.05.64.13

03 cm
200 DH

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. EL FATIMI ABDELLATIF
Médecine Physique et Réadaptation
09103707



FACTURE N° : 23070250

DATE : 26/02/2024

CLIENT : MOUHIB MOHAMED

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

GOLD CARD
ADRESSE : 46, BD ZERKTOUNI
1^{er} ÉTAGE APPT
N°6 CASABLANCA
GSM : 06.97.05.64.13

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 Zerktouni 1^{er} étage Appartement n° 6, Casablanca.
IF : 24853085 – TP : 32493688 – ICE : 001877770000073 – RC : 385045 à Casablanca
Tel : 06.61.38.74.39 - 06.97.05.64.13 – CNSS : 8256599

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



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

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

Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa
Service de Radiologie
N° 1862



مركز النقديات

SANS CONTACT



20/02/24

14:01:29

9900397820

93978201

HOP CHEIKH KHALIFA G4

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx4913

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