

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 orthocontie, 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-535499

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12596	Société : RAM M 231670	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : GARCH JIHANE		
Date de naissance : 21/07/1982		
Adresse : 981 YAACOUB EL TANSOUR JOAHMEDIA		
Tél. 0661265764 Total des frais engagés : 17332,10 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 79 JUN. 2020	
Date de consultation : 19 JUIN 2020	
Nom et prénom du malade : GARCH JIHANE	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant Elle
Nature de la maladie : En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
<small>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.</small>	

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) :

Le : **29/06/2020**

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
23/05/2020	Vain	Fadoua Co. joint	= 16.900,00	<i>CLINIQUE GHANDI</i> 34 bd Ghandi - Casablanca Tél: 05 22 930 930

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE TASSIMA SARL 136 Al Hassan II, El Soleil Tél: 05 23 30 56 89	23/05/2020	632,00	GSEI 051 96 14 04

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<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			<input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 B 11433553	<input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Casablanca, le

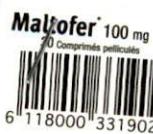
23/05/2020

ORDONNANCE



34,7,0

38,5



31,80



Augmentin 1g

1 cp malj



Novexox 0,4mg

100 mg x 10 j



Maltofer

100 mg x 10 j



Flexen

100 mg x 10 j



Filobat

2 cp 2x1j x 14j



PHARMACIE KASSIMA s.a.r.l.
136, Av Hassan II, Lot Soleil
Mouammedia
Tél: 05.23.39.58.89

Membre du
réseau des cliniques

evya

61- Tegaser



4650



71- Septif



Dr Imane BEKOUSSI
Gynécologue - Obstétricienne
Centre de Gynécologie et d'Obstétrique
Hay Hassani - Casablanca
Gsm: 0661 96 74 00 - 0661 96 74 01

PHARMACIE YASMINA
136, Av Hassan II, Lot Soleil
Mohammedia
Tél: 05.23.30.56.89

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 2564 / 2020 du 23/05/2020

Nom patient	GARCH JIHANE	Entrée	21/05/2020
	PAYANTS	Sortie	23/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE GRANDE SUITE	2,00		3 100,00	6 200,00
CHAMBRE	2,00		400,00	800,00
BLOC	1,00		2 500,00	2 500,00
FORFAIT CLINIQUE EN HOSPITALISATION	1,00		600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	10 100,00
PHARMACIE	1,00		1 500,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
			Total Clinique	11 600,00

DR. BEKOUCHI IMANE (gynécologue)	-CÉSARIENI	1,00	3 000,00	3 000,00
DR. SALAFI/OUDRHIRI (anesthésiste)	-CÉSARIENI	1,00	1 500,00	1 500,00
DR. LAHBABI MOHAMED SAID (pédiatre)		1,00	600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	5 100,00
			Total Autres prestations	5 100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SEIZE MILLE SEPT CENTS DIRHAMS		Total 16 700,00

CLINIQUE GHANDI
54 Bd Ghandi Casablanca
Tel: 0522 36 74 05
Rahmoun Sakina

CLINIQUE GHANDI**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 21/05/2020

Références

2 564 / 200523114110375061

PAYANT

Entrée / Sortie 21/05/2020 - 23/05/2020

Le Dr. BEKOUCHI IMANE

présente à Mme GARCH JIHANE

sa note d'honorai re s'élevant à la somme de
3 000,00 Dhs

et le - la prie d'agr éer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

D. Imane BEKOUCHI
Gynécologue Obstétricienne
Imm. Comptoir, Rte d'Azemour
Enrée B, Etage N° 11
Hay Hassani, Casablanca
Gsm: 0661 96 14 04, Tel: 05 22 930 930

Cachet et signature

CLINIQUE GHANDI**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 21/05/2020

Références

2 564 / 200523114110375062

PAYANT

Entrée / Sortie 21/05/2020 - 23/05/2020

Le Dr. SALAFI/OUDRHIRI

présente à Mme GARCH JIHANE

sa note d'honorai re s'élevant à la somme de
1 500,00 Dhs

et le - la prie d'agr éer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

Dr OUDRHIRI Said
Anesthésie Réanimation
Gsm: 06 61 16 28 71

SALAFI Moudafi
Chirurgien-Dentiste - Généraliste
Gabinet: 05 22 36 23 95
Cachet et signature

CLINIQUE GHANDI**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 21/05/2020

Références

2 564 / 200523114150375067

PAYANT

Entrée / Sortie 21/05/2020 - 23/05/2020

Le Dr. LAHBABI MOHAMED SAID

présente à Mme GARCH JIHANE

sa note d'honorai re s'élevant à la somme de
600,00 Dhs

et le - la prie d'agr éer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

Dr LAHBABI Mohamed Said
Chirurgien-Dentiste - Généraliste
Gabinet: 05 22 36 23 95
Cachet et signature

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation 21/05/2011

2) Renseignements Clinique Sommaire :

Péripnée, aphtes buccal
en SPA en début
de l'été

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

Acide Tr p₂ Géja

4) Durée prévisible du traitement

10 J.

A.....

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Indice de révision : 02

REF. : 451-4-45

