

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

N° P19- 057999

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10525 Société : R A N

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUHAYANE Youssef

Date de naissance : 01.01.1968

Adresse :

Tél : 06 64 86 95 62 Total des frais engagés : 102,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/21

Nom et prénom du malade : FACHOUR Fatima Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : céphalique

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 : Cas

Le : 09/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

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
07-09-21			300	
			100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/06/2021	22,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

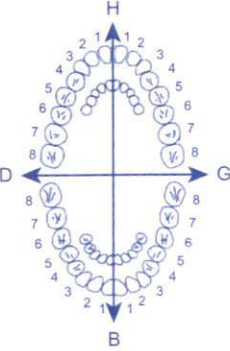
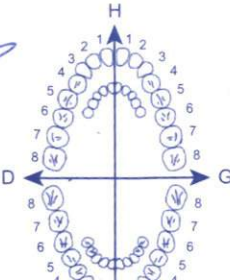
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	07-09-21					300,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS



GHANDI Clinic
Caring for your life

Casablanca, le : 07-06-21

Mme
Fatima Fongu

ORDONNANCE

(S)

Codolipine
22,20

1x31g

PPV: 22DH20
PER: 04/23
LOT: K1226

Dr. EL OMARI Zakaria
Spécialité: Anesthésie Réanimation
Ghandi Clinic
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522.36.74.05

STE PHARMACE HAMZA
Lot. Haj Hamza Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

54, شارع غاندي
20210 الدار البيضاء
54, Boulevard Ghandi
20210 Casablanca

+212 522 36 74 05
+212 522 94 07 70/74
+212 522 39 09 73
+212 522 36 05 34

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 5602 / 2021 du 07/09/2021

Nom patient **FOUGUIR FATIHA**
PAYANTS

Entrée 07/09/2021

Sortie 07/09/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
PERFUSION	1,00		300,00	300,00
KIT COVID	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	700,00
Total Clinique				700,00

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

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tel. 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11