

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-638700

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8638 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL GUERAM SKENDER
 Date de naissance : 31.03.72
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 066376703 Total des frais engagés : 180900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : AGADIR Le : 13/02/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
21.01.23			A. STAIRA	INP : 047731324

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

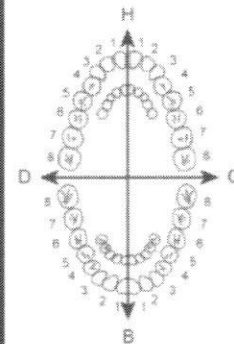
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24.1.23		10			10x150=
						1500,00

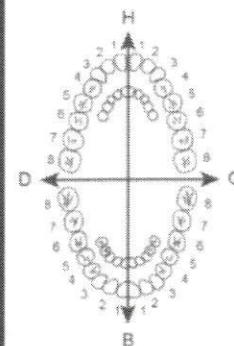
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

Agadir, le: 20/07/2022

السلامة من الـ guergouj

Stander present un

but pour faire un

test sanguin - 10 - 1

Je vous prie - Bon dimanche

Dr. Mohamed STAIRA

Spécialiste O.R.L.

CLINIQUE EL HOUDA

Lot. A3 N° 171 Cité Al Houda - AGADIR

Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28

Gsm: 06 35 12 45 59

Clinique AL HOUDA, Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face de la mosquée

Khalid Bnou Alwalid - Cité ALHOUDA - Agadir

Tél : 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax : 05 28 32 11 32

LAMDAINI RKIA

Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Diplômée de l'institut GALIEN
D'AGADIR



المدائني رقية
اختصاصية في الترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي
خريجة معهد غالين أكادير

أكادير في: 08/21/2023 Agadir le :

Mr. EL GUERGHA SKENDER

Facture :

Arrêtée la présente facture à la
somme de Mille cinq cent dix-huit
pour dix séances de Kinésithérapie
pour la Rééducation de la paralysie
faciale

10 x 180 = 1800,000 DH

Cabinet de Kinésithérapie et de Remise en forme

Rue 906, N° 12, Cité Salam Agadir

Tel: 05 28 22 51 62 / Gsm: 06 68 72 79 31

ICE: 001605386000061

IF: 14437580

Rue 906, N° 12 Cité Salam Agadir

زنگة 906 رقم 12 حي السلام أكادير

الهاتف : 05.28.22.51.62 Tél: GSM : 06.68.72.79.31 المحمول :

LAMDAINI RKIA

Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Diplômée de l'institut GALIEN
D'AGADIR



المدائني رقية
اختصاصية في الترويض الطبي
و العلاج الفزيائي
خريجة معهد غالين أكادير

أكادير في: 23/11/2024 Agadir le :

M. EL GUERGAA SKENDER

Devis :

Arrête le présent devis à la
somme de mille cinq cent dirhams
pour dix séances de kinésithérapie
pour la Rééducation de la paralyse
faciale.

10 x 150 = 1500,00 DA

Cabinet de Kinésithérapie et de Remise en forme

Rue 906, N°12, Cité Salam Agadir

Tel: 05 28 22 51 62 / Gsm: 06 68 72 79 31

ICE: 001605386000061

IF: 14437580

Rue 906, N° 12 Cité Salam Agadir

زقة 906 رقم 12 حي السلام أكادير

الهاتف : 05.28.22.51.62 GSM : 06.68.72.79.31 المحمول :

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 24/05/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8638 E-mail : skender@royalairmaroc.ma Phones : 0663 76 11 03
Nom et Prénom de l'adhérent : EL GUERGAT SKENDER
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : LAMDAINI RKIA
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. souffre d'une paralysie faciale
Nécessite 10 séances de kinésithérapie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : kinésithérapie
10x150 = 1500,00 DA

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier) :

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

Cabinet de Kinésithérapie et de Remise en forme
Rue 906, N°12, Cite Salam Agadir
Tel: 05 28 22 54 62 / Gsm: 06 68 72 79 31
ICE: 001605386000061
IF: 14437580

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.