

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - 5ème 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



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

Déclaration de Maladie

W21-847403

Complémentaire

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13168 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Fouzi Abbes 199874
 Date de naissance : 07/10/1990
 Adresse : 115 BD ONAR AL Khayam, Casablanca
 Tél. : 0668558881 Total des frais engagés : 1176/80 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Rhoulach Soutan's Age : 35 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : Casa Le : 22/03/24
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

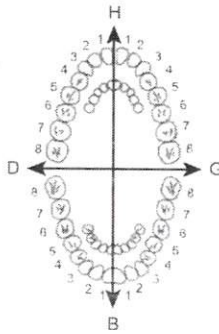
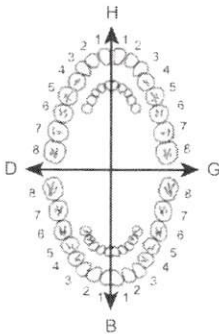
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | 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 | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | (Création, remont, adjonction) | Montant des Honoraires | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | (Création, remont, adjonction) | Montant des Honoraires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT

Agent : KHAMLACH SOUKAINA
Bénéficiaire : KHAMLACH SOUKAINA
N° Dossier : 16482268

Matricule/RCAR : H7630
Date de Règlement : 02/01/2024
Médecin Traitant : HAMOUMI CHAUVET LILIA

| Actes médicaux | Frais engagés (Dh) | Montant non remboursé (Dh) | Montant remboursé (Dh) |
|------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------|
| ANALYSES BILOG | 159,00 | 0,00 | 150,00 |
| CONS SPECIAL ECHOGRAPHIE | 600,00 | 0,00 | 350,00 |
| MEDICAMENTS NR ANAM A REGLER | 179,80 | 0,00 | 143,84 |
| PHARMACIE N.R | 238,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAUX | 1 176,80 | 0,00 | 643,84 |

Total de règlement (Dh) : 643,84



Fait à Casablanca, le : 16/03/2024

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVET
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystérocopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



الدكتورة ليلية حمومي شوقي
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص و الجراحة بالمنظار
جراحة امراض و سرطان الثدي
سن الياس
العقم للزوجين

Ordonnance

Casablanca le : 19 01 2024 : الدار البيضاء في :
Mme/Mlle : KHANOUCH SOUKAÏNA .

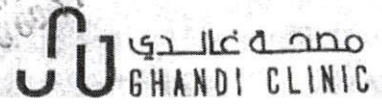
- II 8 II 3

- 02105/2024

- ut à l'ext

Grat / not

CLINIQUE GHANDI
S.M.A. 0522 2674 05 / 0522 3049 11
Morocco



Casablanca le : 25-01-2024

Reçu de paiement

A Mme/Mr..... KHAMLA S. EL KAMRA

Nous, soussignés Clinique Ghandi avoir reçu la somme de..... 100,0

Cette somme a été reçue pour :

..... mounting

Le paiement a été fait par :

- ☐ Chèque
- ☐ Espèce
- ☐ Carte Bancaire

CLINIQUE GHANDI
S.M.A. 0522 2674 05 / 0522 3049 11
Morocco

SIGNATURE

Non

41

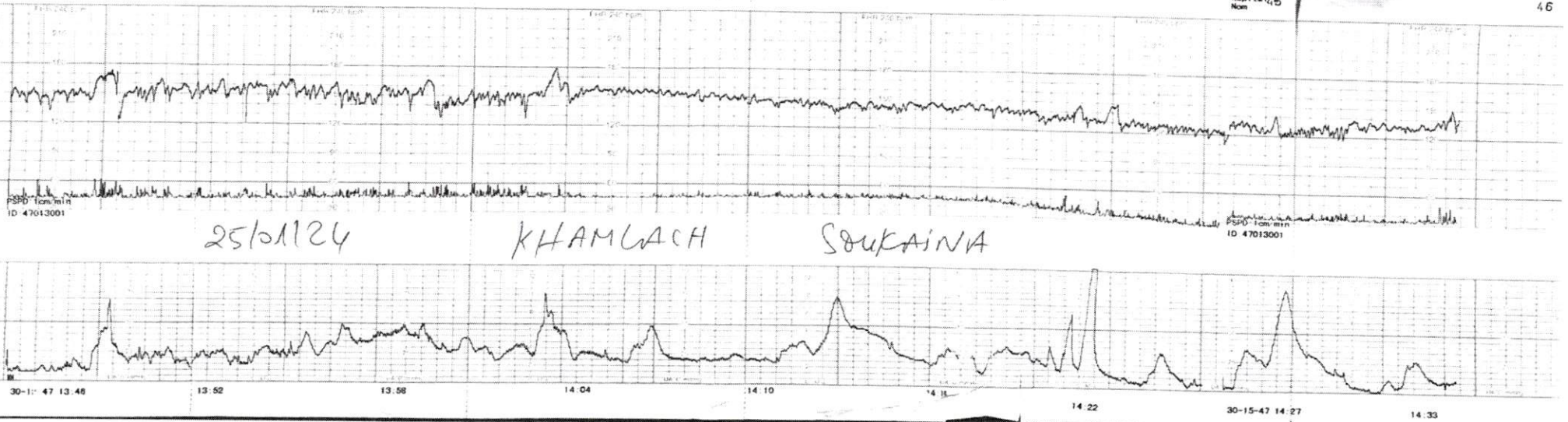
42

43

44

Hôpital 1/15
Non

46



DETAIL DES SOINS (À remplir par le médecin)

| Date des actes médicaux | Désignation des actes suivant nomenclature | Nature et coefficient | Montant des honoraires | Signature et cachet du praticien |
|-------------------------|--|-----------------------|------------------------|----------------------------------|
| 19.01.2024 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Joindre facture détaillée et acquittée)

| Date des actes médicaux | Désignation des actes suivant nomenclature | Acte | Durée séjour | Montant honoraire |
|-------------------------|--|------|--------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

| Date de l'ordonnance | Montant de la facture | Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture |
|----------------------|-----------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Date de l'ordonnance | Coefficient / valeurs | Montant des honoraires | Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture |
|----------------------|-----------------------|------------------------|---|
| 21/01/24 | 1100000000 | 800 00 | |
| 2024 | | | |
| | | | |

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

☐ Devis

Nombre de séances : Etabli le :

☐ Facture

Nombre de séances : Etabli le :

| Date des soins | Nombre | Montant des honoraires | Signature et cachet du praticien |
|----------------|--------|------------------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à conserver par l'agent

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférant qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3 - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.



الجمع الشريف للفوسفاط

FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

N° 31534472

A

☒ Agent en activité ☐ Agent en retraite

☐ Maladie ☒ Maternité ☐ ALD - ALC ☐ Accident ☐ Médecine de travail

REMPLEIR PAR L'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent : Ramlach Soukaina

N° RCAR : MA 103231 Matricule : H7630

N° CIN : MA 103231

Adresse de l'agent : MS BD 27AR AL Khyum EGSAP 18

Ville : Casablanca

N° Tél. : 0673663614

Signature de l'agent

Soukaina

A Casa le 05/02/24



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule :

N° RCAR :

Nom et prénom de l'agent :

Date de consultation :

Total des Frais engagés :

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'agent



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule :

N° RCAR :

Nom et prénom de l'agent :

Date de consultation :

Total des Frais engagés :

Date de dépôt :

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

REMPLEIR PAR LE MÉDECIN (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent ☒ Agent Retraité ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Nom et prénom du patient : KHATIB SOUKAINA

Date de naissance :

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : Accident de grossesse

Médecin traitant :

N° INP : 03118314