

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

- 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 - 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° M21- 071450

179025

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9459 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BACHIR RADOJANE

Date de naissance : 01 05 1966

Adresse :

Tél. : 06 65 12 85 07 Total des frais engagés : 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 : COMPLÉMENT

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 : 2022 Le : 06 / 10 / 2023

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

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

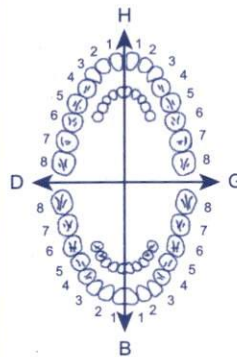
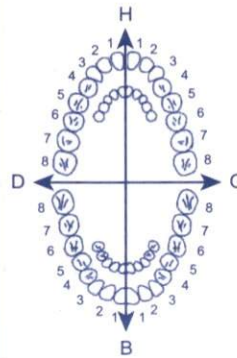
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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

À remplir par le Chirurgien Dentiste

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ELATTOUF Prénom(s) du patient : Fatima
 Date de naissance : 04/11/1980 Lien de parenté avec l'assuré(e) : _____
 Nature de la maladie : Soins
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : _____

Fait à : Casablanca le 04 AOUT 2023

Soins Dentaires

Soins

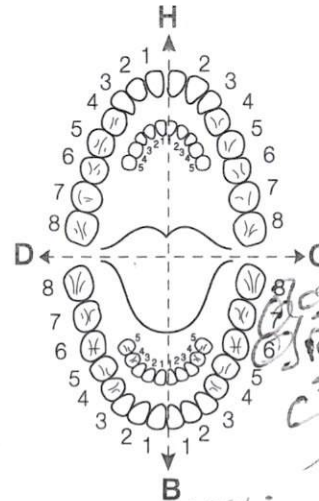
Les extractions de plus de 5 dents nécessitent l'accord préalable de la compagnie

Devis ☐ Établi le : _____
 Facture ☒ Établie le : 04 AOUT 2023

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
17/123	36	RVG	26	1000,-
17/123	37	RVG	26	1000,-
17/123	36	OC	25	1000,-
17/123	37	OC	25	1000,-
17/123	36/37	RVG	26	1000,-
18/123	36	OC	25	1000,-
18/123	37	OC	25	1000,-

Total des honoraires : _____ Dh

Cadre réservé à Sanlam Maroc	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien



Prothèse dentaire et orthodontie

Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis ☐ Établi le : _____
 Facture ☐ Établie le : _____

Prothèse dentaire

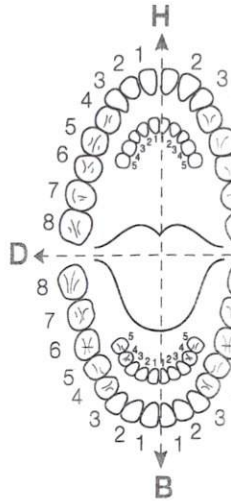
Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE		N° INP	

Total des honoraires : _____ Dh

Traitement ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le

N° ICE	N° INP
Cadre réservé à Sanlam Maroc	Devis / signature et cachet du praticien
	Facture / signature et cachet du praticien



Pharmacie – Analyses – Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du paiement
	N° ICE	N° INP	
	N° ICE	N° INP	
	N° ICE	N° INP	

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600993038	Contractante	: Societe Serima
Assuré	: Filahchouf Fatima	Date de réception de la déclaration	: 25/08/2023
N° Adhésion	: 74	Date de validation	: 29/08/2023
Personne soignée	: Filahchouf Fatima	Date de survenance	: 04/08/2023
Sinistre N°	: 5717220	Déclaration N°	: 5991597B
Bordereau N°	: 923305	Médecin Traitant	: AZIM ADIL
Intermédiaire	: 10302 GRAS SAVOYE MAROC SA		

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
SOINS DENTAIRES	1 700.00	NA	NA	1 700.00	NA	80.00 %	1 360.00
Totaux	1 700.00			1 700.00			1 360.00

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

Nom du gestionnaire : TAYTAY KHALID
Date de l'édition : 29/08/2023

a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.

Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.



Suivez vos dossiers maladie
sur l'application **Sanlam Maroc**

App Store

Google Play

Déclaration dentaire n°

5991597

B

Société contractante

Société contractante : SERIMA

N° de police : _____

N° d'adhésion : _____

N° d'adhésion du conjoint : _____

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : FATIMA

Prénom(s) : FLAHCHEUR

N° de C.I.N. : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Montant des frais engagés : 1700,00 DH N° GSM : _____

Ville : _____

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 12/08/2023

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA.

-Tél. : 05 22 42 06 06 - MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration dentaire n°

5991597

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'assuré.

Police n° : _____

Adhésion n° : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

Date de consultation : _____

Total des frais engagés : _____

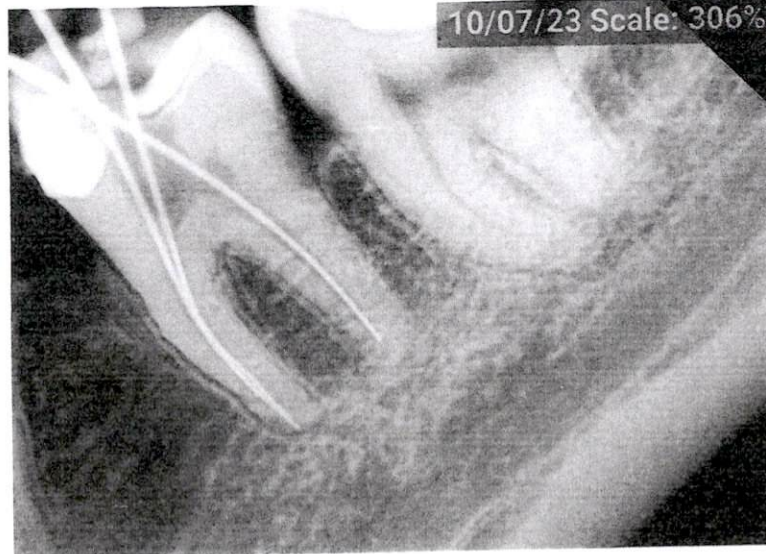
Date de dépôt : _____

CABINET DE MEDECINE DENTAIRE
ET ORTHODONTIE

Dr. Adil AZIM

Bd, Ali Yaata Rés. AL Assil Imm 55 H.M
- CASABLANCA- 0522 61 90 95

FILAHCHOUF FATIMA



RVG : 36

Docteur. ADIL AZIM
Médecin dentiste
Spécialiste en Orthodontie et Implantologie
Expert judiciaire à la cour d'appel de Casablanca
45 Rés AL ASSIL Bd Ali Yaata, H.M Casablanca
0522 61 90 95 - 0668711779

CABINET DE MEDECINE DENTAIRE
ET ORTHODONTIE

Dr . Adil AZIM

Bd, Ali Yaata Rés. AL Assil Imm 55 H.M
- CASABLANCA- 0522 61 90 95

FILAHCHOUF FATIMA



RVG : 36 - 37

Dr. Adil AZIM
Médecin Dentiste
Spécialiste en Orthodontie et Implantologie
Praticien à la cour d'appel de Casablanca
Bd Ali Yaata, Rés. AL Assil Imm 55 H.M
0522619095 - 0663711773

CABINET DE MEDECINE DENTAIRE
ET ORTHODONTIE

Dr . Adil AZIM

Bd, Ali Yaata Rés. AL Assil Imm 55 H.M
- CASABLANCA- 0522 61 90 95

FILAHCHOUF FATIMA



RVG: 37

Docteur. ADIL AZIM
Médecin dentiste
Spécialiste en Orthodontie et Implantologie
Expert judiciaire à la cour d'appel de Casablanca
55 Rés AL ASSIL Bd Ali Yaata, H.M Casablanca
0522619095 - 0668711779