

# 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.

## Diagnostique 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

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° P19- 069380

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 472 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FILALI ANSARY HASSAN

Date de naissance : 1942

Adresse : 02 rue el ora-bi s. lali casa

Tél. : 061 694998 Total des frais engagés : 4700 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 : Casablanca Le : 07/03/2021

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
		AM	PC	IM	IV	
REEDUCA&FIT Sarl. Au Rue George Sand Imm 3 n°4 1er Etage Casablanca Tel: 06-74-39-86-22	28/03/2021		24x200=	1800	1800	4800 Nds

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

## NOTE D'HONORAIRE

Casablanca le : 8/03/2021

Concernant : M<sup>re</sup> Anouk Filali Haman

Rèduca&Fit vous remercie pour votre confiance et vous prie de trouver ci-dessous le détail des honoraires pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

.....2h..... séances de rééducation.

Séances de rééducation AMM 9+5

Total à payer : 24 x 200 = 4800 Mds

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre mille huit cent Seichas

**REEDUCA & FIT Sarl.Au**  
Rue George Sand Im 3  
n°4 1er Etage - Casablanca  
Tél: 06-74-39-86-22

**Adresse :** 3 Rue Georges Sand, étage 1 N° 4, Val Fleuri - Casablanca Maroc

**Tel :** 0674398622 **Email :** reeducaetfit@gmail.com

**RC :** 459795 **Patente :** 34796062 **ICE :** 002319241000007 **IF :** 37682028



REEDUCA & FIT

Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle

## CALENDRIER

1 <sup>ère</sup>	Séance	13/01/2021
2 <sup>ème</sup>	"	15/01/2021
3 <sup>ème</sup>	"	18/01/2021
4 <sup>ème</sup>	"	20/01/2021
5 <sup>ème</sup>	"	22/01/2021
6 <sup>ème</sup>	"	25/01/2021
7 <sup>ème</sup>	"	27/01/2021
8 <sup>ème</sup>	"	29/01/2021
9 <sup>ème</sup>	"	30/02/2021
10 <sup>ème</sup>	"	13/02/2021
11 <sup>ème</sup>	"	15/02/2021
12 <sup>ème</sup>	"	18/02/2021
13 <sup>ème</sup>	"	10/02/2021
14 <sup>ème</sup>	"	22/02/2021
15 <sup>ème</sup>	"	15/02/2021
16 <sup>ème</sup>	"	17/02/2021
17 <sup>ème</sup>	"	19/02/2021
18 <sup>ème</sup>	"	22/02/2021
19 <sup>ème</sup>	"	24/02/2021
20 <sup>ème</sup>	"	26/02/2021
21 <sup>ème</sup>	"	20/03/2021
22 <sup>ème</sup>	"	13/03/2021
23 <sup>ème</sup>	"	15/03/2021
24 <sup>ème</sup>	"	18/03/2021

**REEDUCA&FIT Sarl.Au**  
Rue George Sand Imm 3  
n°4 4<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
Tél: 06-74-39-86-22

**REEDUCA&FIT Sarl.Au**  
Rue George Sand Imm 3  
n°4 4<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
Tél: 06-74-39-86-22

**Adresse :** 3 Rue Georges Sand, étage 1 N° 4, Val Fleuri - Casablanca Maroc

**Tel :** 0674398622

**Email :** reeducaetfit@gmail.com

**RC :** 459795 **Patente :** 34796062 **ICE :** 002319241000007 **IF :** 37682028