

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-695600

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2855 Société : 14 1937  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DABY - Boucharb  
 Date de naissance : 20-06-1949  
 Adresse : 20 Rue Boulay Thami, APPT 5, 3<sup>e</sup> étage  
 NABLA - Hay Hassan  
 Tél. : Total des frais engagés : 140,00 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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

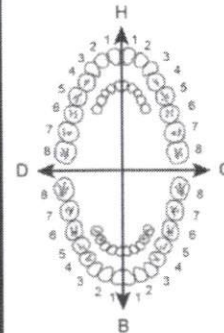




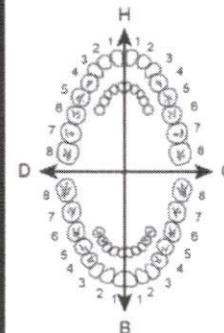
[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>DUO MEDICAL</b> Résidence Abouab Oum Errabi Magasin N° 9 El Calfa - Casablanca Tél.: 0522 91 03 52/90 40 34 - Fax: 0522 91 03 53 GSM: 06 71 43 71 90			2 Bandelette glycemie contour x 25			140,00

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION



# DUO MEDICAL

Equipelement Médical, Paramédical  
Orthopédie, Appareil diabète,  
Chirurgical, Parapharmacie



Facture N° : 2022290

MR DABJI BOUCHAIB

DATE

CLIENT

PAGE

19/12/2022

P004

1

CASABLANCA

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
B-R009	CONTOUR PLUS X 25	2	70.00	140.00	20.00



ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

cent quarante dirhams

DUO MEDICAL  
Résidence Abouab Oum Errabii  
Magasin N°9 - El Oulfa - Casablanca  
Tél: 0522 91 08 52 - Fax: 0522 91 08 53  
S.M. 02 91 13 71 99

TOTAUX

H.T. : 116.67

T.V.A. : 23.33

NET A PAYER

140.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9  
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935  
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469  
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024  
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34  
+212 522 91 08 52  
Fax : +212 522 91 08 53  
Lhaj-hamid@hotmail.fr