

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

M22- 0037516

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12712 Société : 153124

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUAZ, Wila

Date de naissance : NSR

Adresse : NSR

Tél. : 0661078530 Total des frais engagés : 1000 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 :

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.

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 : 08/03/23

Signature de l'adhérent(e) : CASABLANCA

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

REEDUCA&FIT Sarl
Rue George Sand Imm 308/03223
n°4 1er Etage Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

Facture
308/03223

AMM 9 +5
2

12 x 200 DHS =
2400 DHS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

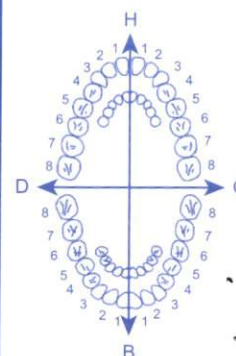
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

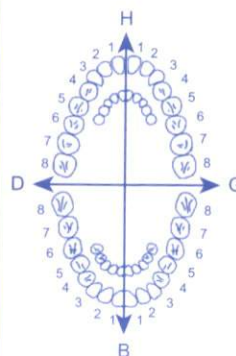
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



CCEFFICIENT
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

CALENDRIER

Ilyos Sembati

- 1^{ère} séance : 18/04/2023
- 2^{ème} séance : 20/04/2023
- 3^{ème} séance : 25/04/2023
- 4^{ème} séance : 30/04/2023
- 5^{ème} séance : 03/02/2023
- 6^{ème} séance : 08/02/2023
- 7^{ème} séance : 15/02/2023
- 8^{ème} séance : 04/03/2023
- 9^{ème} séance : 06/03/2023
- 10^{ème} séance : 08/03/2023

REEDUCA&FIT Sarl.Au
Rue George Sand Imm 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

Atik Hachar

Note D'honoraire

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

Casablanca le : 08/03/2023

Concernant : ..Ilyas Sentali.....

Rèeduca&Fit vous remercie pour votre confiance et vous prie de trouver ci-dessous le détail du devis pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

.....10..... séances de rééducation.

Séances de rééducation AMM 9.5

Total à payer :10 x 100 DHS = 1000 DHS.....

Arrêtée le présent devis à la somme de : ..deux mille dix-huit...

REEDUCA&FIT Sarl.Au
Rue George Sand Imm 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