

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° W21-789816

Par courrier

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7176

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : FARISSI REDOUANE

Date de naissance : 07/03/1964

Adresse : Hay WILAA TR 16 IMM1 SEC2 ART 20

Casablanca

Tél. : 0671792579

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KARIM FATIHA

Age : 1967

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) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-789816

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Audicibel Devis - Facture Avenue Hassan II, imm 132, apt 27 (imm Oliveri) Tél. : 05 22 22 32 22	11/03/23	2	Appareils Auditifs			16000 d.t.

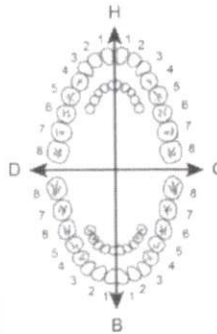
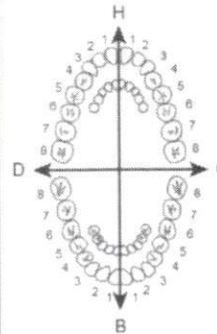
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>																								
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	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

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	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins de base	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins de confort	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins de soins infirmiers	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins médicaux	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins dentaires	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins de rééducation	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins de soins palliatifs	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins de soins de longue durée	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie
Soins de soins de fin de vie	Soins de base	Soins de confort	Soins de soins infirmiers	Soins médicaux	Soins dentaires	Soins de rééducation	Soins de soins palliatifs	Soins de soins de longue durée	Soins de soins de fin de vie

Coefficient

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AUDECIBEL
Avenue Hassan 2, imm 132 Apt 27
Casablanca.

KARIM FATIHA

FACTURE: AD355/23		11/03/2023	
Quantité	Désignation	Prix Unitaire HT	Montant Total HT
2	Appareil auditif numerique(OD/OG) REF: BTE 312 Mode paiement : CHQ MARQUE: WIDEX BOITE PILES OFFERTE	8 000,00	16 000,00
1	2 ANS DE GARANTIE NETTOYAGE GRATUIT REGLAGE GRATUIT CONTROLES PERIODIQUES GRATUIT	0,00	0,00
TOTAL HT (en DH)			16 000,00
TVA(*)			
TOTAL HT (en DH)			16000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de SIEZE MILLE dirhams H.T

(*) La vente des prothèses auditives se fait en hors taxe suivant le décret N 02-12-85 du 24 Joumada II 1433 (16 mai 2012)

ATTIJARIWAFABANK
AGENCE AVENUE DE France
RIB : 007 810 0001057000000275 13

Audecibel
Devis - Facture
Avenue Hassan II, Imm 132,
apt 27 (Imm Oliveri)
Tél. : 05 22 22 32 22

الرباط : 88 زقة واد زيز أكدال الطابق الأول شقة 5

Rabat : 88 Rue Oued Ziz, Rabat 10100

+212 537 68 63 36

+212 537 68 12 27

فاس : شارع مولاي رشيد مكاتب صفاء،
الطابق الثالث، شقة 18

Fès : Bd, Moulay Rachid
Bureaux Safaa, App.18, 3^{ème} étage

+212 535 65 73 65

طنجة : زاوية شارع المقاومة و شارع طهران، إقامة لاهاي 2
الطابق الثالث

Tanger : Angle Avenue Almoqawama
et Avenue Téhéran - Résidence La Haye 2,
3^{ème} Etage

+212 539 37 45 71

الدار البيضاء : 132، شارع الحسن الثاني، شقة 27 (عمارة ألفيري)

Casablanca : Avenue Hassan 2, Imm 132,
apt 27 (Imm Oliveri)

+212 522 22 32 22

PATENTE: 25700030 - RC: 124213 - IF: 20754131 - TP: 36334217 - CNSS: 5251989 - ICE: 001891090000012

info@audecibel.ma www.audecibel.ma