

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-447052

Placcord

CASA
ANFA
☐ Autres

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8140* Société : *R.A.M*
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *EL ALAMA MOU'NIR*
Date de naissance : *15-06-70*
Adresse : *Residence Le club, Rte mly Thami N°35 Casa*
Tél. : *06.67.27.5744* Total des frais engagés : *2500 DHS (D200)* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *02 09, 19*
Nom et prénom du malade : *charif Fatma Zahra* Age : *39*
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : *Dévis pour prothèse dentaire*
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *04 OCT. 2019*
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 : *CASA* Le : *03 / 10 / 19*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
				INP : <input type="text"/>

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

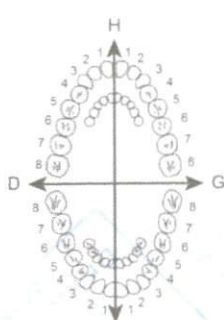
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	


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	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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433553 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>

DATE DE DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DR. SERRHINI Imane
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28 Bd. Oum Rabii Rés. El Souad
Face au Service des Mines Ray Hassani
Tél : 05 22 59 42 00

Dr Imane SERRHINI

Chirugien Dentiste Spécialiste

Orthodontie | Prothèse | Blanchiment
Chirurgie | Soins | Implantologie



دكتورة إيمان سرغيني

طبيبة جراحة للأسنان متخصصة

تقويم | تعويض | تبيض
جراحة | زرع الأسنان

INPE : 094170594

IF :

50419005001959215000048

ICE

Casablanca le : 03/10/19

Cher patient - Z

BR

D

I c + c n 12

facture entrée à dex
elle est de dix

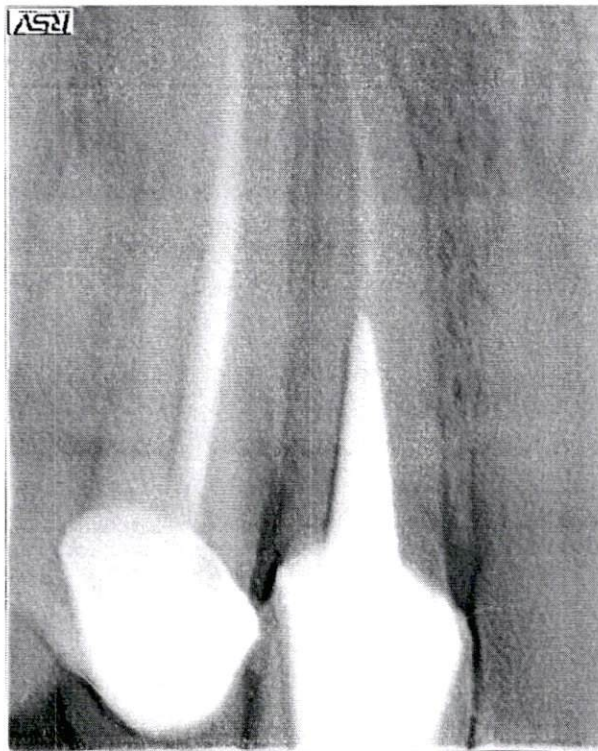
Dr. SERRHINI Imane
Chirugien Dentiste Orthodontiste
28 Bd Oum Rabii Rés. Souad
Face au Service des Mines Hay Hassani
Tel : 05 22 89 42 00

DR Imane SERRHINI

Patient : M. fatimazahra CHARAF

05.22.89.42.00

Né(e) le :



11 OCT. 2019

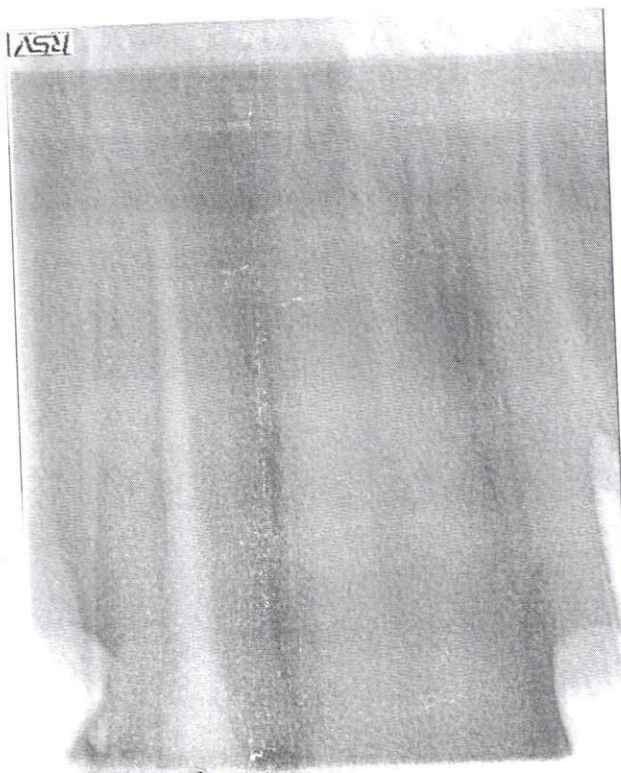
Dr. S. SERRHINI
Ophtholmiste
Rue du 19 Mars 1963
Face au Service des Mines Hay Hassani
Tél. 05 22 89 42 00

DR Imane SERRHINI

Patient : M. fatimazahra CHARAF

05.22.89.42.00

Né(e) le :



Dr. SERRHINI Imane
Dentiste Orthodontiste
Rue du Rabi Résid. Souad
Bordj - Algérie des Zines Hay Hassani
05 22 89 42 00

DR. SERRHINI Imane
Dentiste Orthodontiste
Rue du Rabi Résid. Souad
Bordj - Algérie des Zines Hay Hassani
05 22 89 42 00

A2
✓