

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9692 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S LAOUTI Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-039459

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 :



Demande DATE DE DEPOT

M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU 018224

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SUAOUI TOHAGHIBI
Matricule : 9692 Fonction : CCI Poste : PNC
Adresse : 4066 Rue El Bial Et n°1A à TANAR
Tél. : 0661295448 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SLAoui ITANTA Age LB 1102104

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint

Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Traitement - ODF

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances.

A Temara, le 28.09.2019 Dr. BOUZOUBA KAOUTAR

Durée d'utilisation 3 mois

*30 SEP 2019
BOUZOUBA KAOUTAR
Signature et cachet du médecin
Témara
Tel: 05 37 64 41*

4
3
2
1
1
2
3
4

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Dr. BOUZOUBA KAOUTAR
9, rue du Liban - Témara
Tel: 05 37 64 41*

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU BRASSEUR ATTESTANT DE L'EXECUTION

Dr. BOUZOUBAA Kaoutar
TACHEAU DU FRANCAIS HAY IBN SINA
9, rue du Lycée Témaïd
Tel.: 05 37 64 11 11

Dr. Kaoutar BOUZOUBAA

Médecin Dentiste
Diplômée de la Faculté de
Médecine Dentaire de Rabat



الدكتورة كوثر بوزباع

طبيبة أسنان
خريجة كلية
طب الأسنان بالرباط

Témara le : 29/09/19

FACTURE:202/19

Nom du patient: SLAOUI HAMZA

Dent	Nature des actes	Cotation	Montant
	Traitemet ODF	D90	2500
Total			2500

Arrêter la présente facture à la somme de deux mille cinq cents dirhams.

Patente: 27911521. IF: 40249988. ICE: 001625343000091. CNSS: 4703759.

Dr. BOUZOUBAA Kaoutar
9, rue du Liban, Hay Ibn Sina -
Témara -
Tel.: 05 37 64 41 04