

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

macie :

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.

aire :

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.

die 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 : 1698 Société : BAN

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : BELGHITI Mohammed

Date de naissance : 01-07-1951

Adresse : hut AP Adarissa N° 135 sidi Naoufal casa

Tél. : 06 14 432520 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

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 : / /

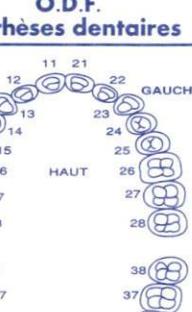
Signature de l'adhérent(e) : / /

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient				
			Coefficient des travaux <input type="text"/>				
			Montant des soins <input type="text"/>				
			Début d'exécution <input type="text"/>				
			Fin d'exécution <input type="text"/>				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>				
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 10px;"> $D \quad \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array}$ </td><td style="width: 50%; text-align: center; padding-bottom: 10px;"> $H \quad \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$ </td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-top: 10px;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </td></tr> </table>		$D \quad \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array}$	$H \quad \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des soins <input type="text"/>
$D \quad \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array}$	$H \quad \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession							
			Date du devis <input type="text"/>				
			Fin d'exécution <input type="text"/>				
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution						

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0042495	
 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Assurance des de Royal Air Maroc			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	100000		
Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P17 / 0042495

DATE DE DEPOT

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations
et colonne vertébrale
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيزي

إختصاصية في :

- أمراض المفاصل والظامان والروماتيزم
- العمود الفقري وهشاشة العظام
- الفحص بالصدى

Ul. Av.
09/21 L09/18
P.P.C
79.00 DH

Casablanca le : 23/09/19

Nom : Mme Zerouk Kenza

144, 1
1 180 x 200

0,10 1gellj après dîner + 1g

2 Relaxol 800

144, 2
1gellj après repas x 7j

1900621
3 Relaxol 800
144, 3
1gellj x 3j

LOT 19006
PER 07/22
PPV 144 DH 30

144, 4
1gellj après repas
x 7j

1 mois

144, 40

الدكتورة بثينة العزيزي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، عمارة 4 شقة 6، سيدى معروف

Résidences Naim, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, apt 6, Sidi Maarouf

Tél. : 05 22 58 19 56 / 06 02 42 34 52 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com