

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.

biologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 067342

ND: 33013

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9450 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Nonstaharie Abdellah

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/07/2020

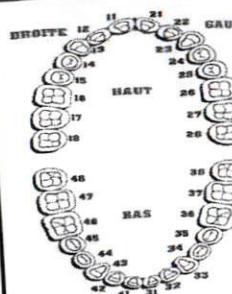
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

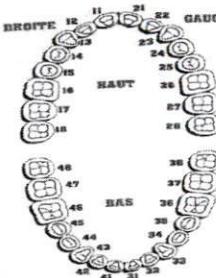
Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

ODF. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

Mle

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

W18-373799

Mle

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

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

W18-373799

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom : MOUSTAKING Abderazzak

Fonction : Phones :

Mail : HAY MAROC Rue A N° 156 cas 4

MEDECIN Prénom du patient :

Adhérent Conjoint Enfant Age : 1953 Date : 20-04-20

Nature de la maladie : Hypertension

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances :

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	2	G

PHARMACIE Date : 20-04-2020

Montant de la facture : 9360

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV

Signature de
l'adhérent
Signature
l'adhérent

Date 1ère visite :

Date :

CACHET

CACHET

CACHET

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
Traitement de l'Obésité - Maigreur
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدكتور ف. زين جباس (التعارجي)
اختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة والهرمونات
خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Moustahsine As-Saleemah Casablanca, le : 26.04.10.

24.40x3

Levithrox 100

6.80x3
Levithrox 25



med aley.

93.60



6 118001 102000
Levithrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006
Levithrox® 25 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

325



6 118001 102020
Levithrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020
Levithrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

DR. TIR Abdellaziz
58, Route M.Y Thami Hay Hassani,
Dr. BENABBES TAARJI
Endocrinologue - Diabetologue
Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Casablanca - Tél: 0522 93 31 49

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

7862169342

7862169342