

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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.

Nº P19- 068372

NR= 21816

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8500

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M JATTI BOUA + SA

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 : 13 FEV 2009

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : SCUEIL

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) :

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 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			
		D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>	
<small>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 0064695		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
19.02.2020	850.00 + 141.30	
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8560	<i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom : M J A T I B O U A Z Z A			
Fonction : éléct	Phones : 0662555040		
Mail :			
MEDECIN	Prénom du patient	M J A T I B O U A Z Z A	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age :
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Diabète + HTA</i> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
INP : 091019786			
Nature des actes C		Nbre de Coefficient 2	
		Montant détaillé des honoraires 262910	
PHARMACIE	Date : 15.02.2020		
Montant de la facture <i>141.30</i>			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	

Dr. 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



الدكتورة ف. ز. بن جعفر التمارجي

د - السكري

* VIGNETTE

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

15/02/2020

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

MJATI BOUAZZA



• Glucophage 1000 mg
1 COMP X3 / JAP REP 6 MOIS

• Kardegec 160 mg
1 SH MATIN AP REP 1 MOIS

• Nebilet 5 mg
1 COMP MATIN AP REP 6 MOIS

• Ofiken 200mg
1 COMP MATIN 1 COMP LE SOIR AP REP 6

Pharmacie TAM
Dr. Benabdellah Jaafar
302, Bd. Oued Sabou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

DR. B.
E.J.

Hay Hassani - Casablanca

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0



LOT 191700

EXP 11/2022

PPV 28.00DH