

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENJELLOUN AMINT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62344396

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

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 : /

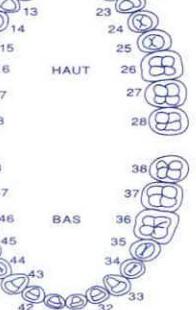
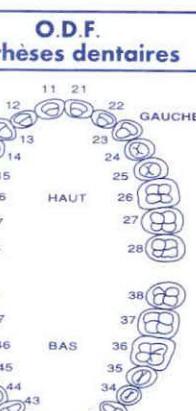
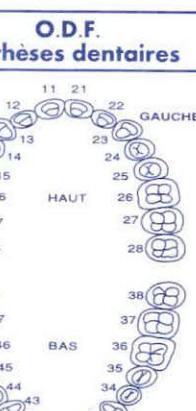
Signature de l'adhérent(e) :

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
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		 <input type="text"/>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
Signature et cachet de l'assurance	Visa et cachet du praticien			
Signature et cachet de l'assureur	Visa et cachet du praticien réalisant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	P 14 / 0039978	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		



P 14 / 0039978

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1050	
Nom & Prénom	BENJELLOUN AMINA		
Fonction	ELETRICITE ABDELLAH		
Mail	1050 Phones 262343962		
Signature de l'adhérent			
MEDECIN	Prénom du patient M ^{me} ELAZZAK Amina		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite 04/04/2022	
Influe + Mel lympho			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances.			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		150,-	
PHARMACIE	Date 4/02/2020		
Montant de la facture 135.60			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
INPE 09-90-135-83-76			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV
389.00			

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 04/02/2020

Mme EL AZRAK Amina

$$(13,50 \times 4) + (6,80 \times 5) =$$

LÉVOTHYROX 87,5 µg par jour soit :

Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé et 1/2 le matin à jeun (pendant 03 mois)

$$(10,40 \times 5) = 52,00$$

Metformine Win 500 MG

1 comprimé le soir pendant 07 jours puis 1 comprimé matin et 1 comprimé le soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

139,60

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE
Mme. TAZI Nadia
18, Rue Abdesslam Koutoubi - Casablanca
Tél. 0522 83 02 75 - Tél/fax : 0522 28 93 76
INPF : 092000298

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2^{ème} étage, Appart. N° 4 - Casablanca
Tél. : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33

