

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

La 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.

N° W19-476847

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **MU5A**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SOUSSI MENECHI LAÏLA**

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 ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-476847

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

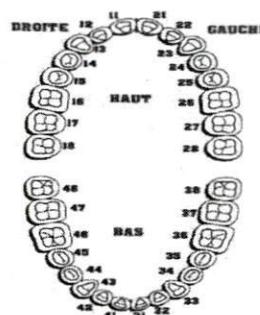
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

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

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

VV18-386012

DATE DE DÉPÔT

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

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Mme 11451

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'agent

Nom & Prénom SOUSSI MENERBTI LAILA

Fonction Agent de Phones.....

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

SOUSSI LAILA

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Talal Gribi Zache

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

acte	100000	100000
	200000	200000
	200000	200000
		600000

PHARMACIE

Date 12-10-2010

Montant de la facture

12/10/2010 Pharmacie
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

Pharmacie RABII
RUE 2 N° 20 BERRECHID
Téléphone : 0522 33 70 56

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 12-10-2010

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHÉRENT

NOM :

DECLARATION N°

W18-386012

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

Mme

Dr. Mustapha MOUHSINE
Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU
Ibn ROCHD
Spécialiste en
TRAUMATO - ORTHOPEDIE

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب والصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام والمقاييس



Berrechid, le

12/10/2015

برشيد، في

ORDONNANCE

Sous GAFIA

54,00

Parafex 100



22,00

Pedal 200 200



Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopédie
5, Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tel.: 0522 33 79 59

5, Rue Okba Ibn Nafie, Berrechid - Tél: 05 22 33 79 59

Cédo

20 Comprimés



6 118000 180913

22,00



LOT : 181303
UT AV : 10/2012
PPV : 54,20DH

PPV (DH) :

LOT N° :

CARTREX® 100mg
20 comprimés pelliculés



6 118000 082736

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en

TRAUMATO - ORTHOPEDIE



الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

08/01/2019

برشد، في

ORDONNANCE

Note Visite

Consultation: 20,00

- Radio: 8,00

- Consultation: 10,00

50000₾

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopedie
5, Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tel.: 0522 33 79 59

Dr. Mustapha MOUHSINE
Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU
Ibn ROCHD
Spécialiste en
TRAUMATO - ORTHOPEDIE



الدكتور مصطفى محسن
أستاذ بكلية الطب و الصيدلة
و بمستشفى ابن رشد سابقا
إختصاصي في
جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

Dr. Mustapha Mouhsine
برشيد، في

ORDONNANCE

Sous LA DRA
Rue Okba Nafie :

- épaule
- genou
- pied

Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopédie
5, Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tel.: 0522 33 79 59

Dr. Mustapha MOUHSINE

Ancien enseignant à la Faculté
de Médecine à Casablanca
Ex. Maître Assistant au CHU

Ibn ROCHD

Spécialiste en

TRAUMATO - ORTHOPEDIE

Berrechid, le

الدكتور مصطفى محسن

أستاذ بكلية الطب والصيدلة

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

برشيد، في

ORDONNANCE

Sous Cass

220,000 dirhams
au Dr. Mouhsine



Dr. Mouhsine Mustapha
Traumato - Orthopedie
5, Rue Okba Ibn Nafie - Berrechid
Tél: 0522 33 79 59

PHARMACIE 2000

MME KADIRI LALLA ZINEB

22 BD MOHAMED V BERRECHID

berrechid

Taxe Profes. N°: 40700028

N° R.C. : 12920

N° ID.F. : 70742700

N° ICE 000510808000032 | BERRECHID

N° CNSS : 1095480

Tel : 0522533605

Fax :

SOUSSI LAILA

Le : 12/10/2019

FACTURE N°: 10517/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	TALONNETTE TECHNOGEL TM	220.00	220.00

Total : 220,00

TVA 20 36.67

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT VINGT DIRHAMS

Pharmacie 2000
Docteur Kadir L. Zineb
22, bd Mohammed V- BERRECHID
Téléphone : 022.53.30.05