

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 : adhésion@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.

MUPRAS Société d'Assurance Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Rue Mohammed VI - 20100 Rabat - Maroc
Tél : 05 22 20 15 00 - Fax : 05 22 22 74 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W19-476847

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 145A Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUSST MENERBI LAICA
 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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
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		

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

W18-386012

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 11451	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		SOUSSE MENERHI LAILA	
Fonction : Agent Com.	Phones	Signature de l'adhérent	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient SOUSSE LAILA		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
Talalgie gauche			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
1000H 2000H 2000H		5000H	
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			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature Mustapha
TRAUMATOLOGIE
Rue 04 N° 20 Berrechid
Tél: 022.53.36.05

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

Pharmacie RAMI
Rue 2 N° 20 Berrechid
Tél: 05.22.33.70.56

CACHET

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

12/10/2019

برشيد، في

ORDONNANCE

Sunni GASTA

54,20

Cartrex 100

22,00

Cartrex 250



76,20

Dr. Mouhsine Mustapha

Traumato - Orthopedie

5, Rue Okba Ibn Nafie, Berrechid

Tel.: 0522 33 79 59

Cédoj

20 Comprimés



6 118000 180913

22,00



LOT : 181303

UT AV : 10/2012

PPV : 54,20DH

LOT N° :

PPV (DH) :

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

27/01/2019

برشيد، في

ORDONNANCE

Note Honoraire

Consultation: 200,00
- Radio & fluo: 200,00
- Consultation: 100,00
- 500,00

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

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le...

برشيد، في

ORDONNANCE

Smth LA TRA
Radio & flu :

- epaule

- hum x

- poied

Rachis & flu Nafie

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

وبمستشفى ابن رشد سابقا

إختصاصي في

جراحة العظام و المفاصل

Berrechid, le

برشيد، في

ORDONNANCE

Srssi LARA

220,10 Flo unelle
in Schime

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° CNSS : 1095480

Tel : 0522533605

Fax :

SOUSSI LAILA

N° ICE 000510808000032 | BERRECHID

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