

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR IVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

ntente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, ractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi pour tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

acie :

vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ur les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

gie et Biologie :

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.

pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

re :

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

ation :

ntente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de vaccinations.

ur le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

re :

cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

cture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

dio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

claration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

ressses Mails utiles

imation : contact@mupras.com

en charge : pec@mupras.com

ion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



MUPRAS 30/10
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W19-461741 Fathelle

DOS n° 8774

Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

Matricule : 15920
Société : Retraité

Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

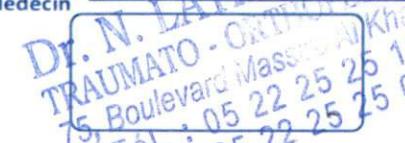
Nom & Prénom : HALIOUA
МОНАНД

Date de naissance : 23 10 1954
Total des frais engagés : 9675,00 Dhs

Adresse : 42 Bd Sidi Abderrahmane Rihâne Casablanca

Tél. : 06 10 889940

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation :
25 SEP. 2019

Nom et prénom du malade :
HALIOUA Moh amel

Lien de parenté :
 Lui-même
 Conjoint
 Enfant

Nature de la maladie :
Ostéomilite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Le malade a été victime d'un accident de la route

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.
Le : 25 SEP. 2019

Fait à :
Centre Allal Ben Abdellah

De l'adhérent(e) :
DR. N. LATIF IDRASSI



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CAFÉO 258617-GSM C</i> <i>2019-03-23</i>	23/03/19	9675,00 DHS

jet du Pharmacien
du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHESIVE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

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	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>

HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

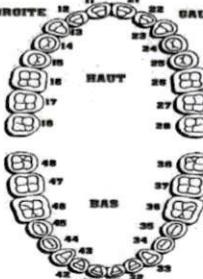
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution												
																	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire															
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	25533412 00000000	H	21433552 00000000		00000000		00000000		35533411		11433553
D	25533412 00000000	H	21433552 00000000														
	00000000		00000000														
	35533411		11433553														
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															
VOLET ADHERENT NOM : Mle DECLARATION N° W18-406303		Cachet MUPRAS															
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																	



W18-406303

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom

Fonction : Phones.....

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date

Nature de la maladie Date 1ère visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE Date **23/03/2019**

Montant de la facture

9695,00

Signature et
cachet du
médecin

FRDav
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Rue de la Casablanca 1478
Casablanca
Caf Etg 22258617-GSM
Ang. Rés. du Tél. 064/11478

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

CACHET

CACHET



Facture N° 19090021

Casablanca le 23/09/2019

A L'AIMABLE ATTENTION DE
MR MOHAMED HALIOUA

Objet : Kits PRP

Code Pdt	Description	Quantité	Prix HT	TVA	Montant HT
PACK-BCT3/BCA-3	PACK-BCT 3	1	1 662,50	20%	1 662,50
SF-21U503C/BA	RegenKit ACR-C Plus	1	1 500,00	20%	1 500,00
R-EXB/T2	RegenKit EXTRACELL BMC2	1	4 900,00	20%	4 900,00
Montant total HT :					8 062,50
Montant Total TVA :					1 612,50
Montant total TTC :					9 675,00

Arrêter la présente facture a la somme de : Neuf mille six cent soixante quinze Dirhams TTC

Montant : 9 675,00

KIT PRP



Diplôme de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

خريج كلية الطب بنات

رئيس قسم و جراح مستشفيات بنات

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل



Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTI
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 07

Dr. Latif IDRISI
peut me constater que
mon patient chef de 7
a été opéré le 20/09/01
à l'abdomen + l'utérus
et colo rectum +
stomach

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTI
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 16
Fax : 05 22 25 25 07

مصحة المغارب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 25 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

25/10/06

1. Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. : 05 22 25 25 25
Fax : 05 22 25 25 25

Colonel Blaizel
celleci Sec Ch.
Blaizel.

2. Kit PR I

1. Colle Biologique

0608 87 872

Benkiran Sanaa

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél. 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 0

Blau.