

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-456862

ma resultat
BB

37688



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6409

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUKASSI Nekhlaed

Date de naissance : 1965

Adresse : F724 Résidence AL WAATHA

Bencheikh

Tél. : 0673902310

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2020

Nom et prénom du malade : Benmaja Nekhlaed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Maladie de l'oreille et de l'otite*

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 : Bencheikh

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/10/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/1/2020	CA	1	150,-	INP
23/1/2020	CA	1	133,40	133,40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Alla</i> 3d Med. Ch. Vals. m. Locaux 05 22 32 48 28	16/01/20	141,40
	23/01/20	108,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Mohammed Y. BERRECHID IBU SINA MEDICAL Tél 05 22 33 66 43	21/1/2020	B 53,6 INR 2,6 = 13,333333333333333	80,8,64

AUXILIAIRES MEDICAUX

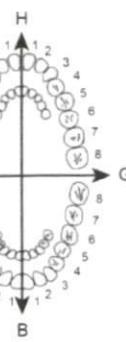
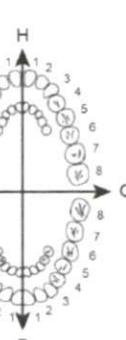
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 26533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G I			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

ICE : 001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

INPE : 063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 69609

IB 25678 B

Nom et Prénom : Mme BEN OMAR Rabha

Prescripteur : Dr. TAMIM Mouna

Référence : 210120 011

Date : 21/01/2020

BILAN :

NFS B 73 + FERR B 223 + VITD B 300 +

MONTANT NET : 808,64 Dhs Soit 596 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Huit cent huit Dh et soixante quatre cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Bd. Mohammed V BERRECHID
Tél 05 22 33 66 43

ZENITH Pharma

AMMIN 171/160MP/21NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

PPV : 20,90 DH

PPV : 20,90 DH

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

una TAMIM

cienne
raphie
du Travail
l'Université
n France

784000027

trechid le 23.01.2023 *****



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشفط

حاصلة على диплом

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

دشيشي
DCTEUR
OMAR IBN
ZAHID
TEL. 0522.32.44.55
E-mail:
IBN.ZAHID@GMAIL.COM

20,90x4

i) vitamine B6

1 dose/mai
par 3
mai

puis 1 dose à 6 mois

25,10

a) Fum 88

alent à 66 mg de fer)

PPV 25.10 DH
LOT P140 PER 09/23

= 108,70

Pharmacie AUS

Bd Med V , Cité Al Wahda

Locaux N°4 et 5 . Berrechid

Tél : 05 22 32 48 49

DOCTEUR
OMAR
IBN.ZAHID
TEL. 0522.32.44.55
E-mail:
IBN.ZAHID@GMAIL.COM

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Medecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشفاف

حاصلة على диплом

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

Berrechid le : 16-01-2016 برشيد في

Ben marr Rabha

47,80 1) Dagen

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

38,30 et polygynie



58,30 3) Megalon 160

= 144,40

LOT : 1215
UT. AV : 01.21
P.P.V : 58 DH 30

Pharmacie Allia

Bd Mad V, Cité Al Wanda
Locaux N°4 et 5 Berrechid
Tél : 05.22.32.48.49

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على диплом

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

Berrechid le : 16-1-2010

برشيد

Benmar Rabha

1) NFS + ff

2) Fellitine

3) Vit D

DOCTEUR MOUNA TAMIM
41 RUE TAÏEB BEN YOUSSEF
BERRECHID TÉL: 0522.32.44.55
IBN SINA
Bd, Mohammed V, BERRECHID
Tél : 0522.33.66.43
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES