

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 rééducation.
- 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

- Reclamation : 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-513925

ND: 30294

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 775 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : MESMOUDI FOUAD
 Date de naissance : 5/12/1943
 Adresse : 35 Bd Pasteur 1^{er} étage n°3
 Tél : 0664475347 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : FOUAD MMS MOUAD Age : 72
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Traitements épilepsie et
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : sur sonnerie de frein automobile

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 : TANGER

Le : 23/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
02/02/20	C	1	120 DH
04/02/20	C2 - 2m	2	240 DH

Cachet et signature du Médecin
 Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Centrale Dr. Chentouf Hicham 48, Bd Pasteur - Tanger Tél: 05 39 93 37 41	04/02/2020	117,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05.02.20	R 10	120 DH

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée. L'acte pratique 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique Tingis

Avenue Abou Bakr Arrazi
TANGER

Tél.: 05 39 34 04 04

Fax: 05 39 94 39 63



مصحة تنجيس

شارع أبو بكر الرازي
طنجة

الهاتف : 05 39 34 04 04

الفاكس : 05 39 94 39 63

2020 10 07

Bonjour Ousmane,

PHARMACIE CENTRALE
Dr. Chentouf Hicham
48, Bd Pasteur - Tanger
Tél: 05 39 93 37 41

1) Celesther 200
89,00

1 box x 10 pills

28,00

2) Noradol 200

1 box x 10 pills

117,00

Dr. LACHKAR M'hamed
Chirurgien
Clinique TINGIS
Tél: 05 39 34 04 04

PHARMACIE CENTRALE
Dr. Chentouf Hicham
48, Bd Pasteur - Tanger
Tél: 05 39 93 37 41

Clinique Tingis

Avenue Abou Bakr Arrazi
TANGER

Tél.: 05 39 34 04 04

Fax: 05 39 94 39 63



مصحة تنجيس

شارع أبو بكر الرازي
طنجة

الهاتف : 05 39 34 04 04

الفاكس : 05 39 94 39 63

07/02/2020

Pour Monsieur

Dr. Frahm et ses collègues
et

Dr. M'hammed

Pour a leur service

Dr. M'hammed

Dr. M'hammed et

Dr. M'hammed et

CLINIQUE TINGIS
Av. Abou Bakr Arrazi Tanger - Maroc
Tél: 05 39 34 04 04 - Fax: 05 39 94 39 63

Dr. LACHIKAR M'hamed
Chirurgien
Clinique TINGIS
Tél: 05 39 34 04 04



Facture N° : 483/20

N° Dossier : 716/20

Page : 1

Mr. MESMOUDI FOUAD

Date d'Entrée : 07/02/2020

Date de Sortie : 07/02/2020

F	GRF	REF	DESIGNATION	QTE	CLE	COEF	PRIX	MT PATIENT	TX
A	02	A9991	Frais de Séjour SALLE DES URGENCES	1			100.00	100.00	
K			Pharmacie Hospitalisation Médicale						
K			Détails Pharmacie Hospitalisation Médicale					250.00	
	16	K9832136	IMMOB BRAS EPAULE	1			240.00	240.00	
		K9992	Divers	1		1	10.00	10.00	
			Total Partie Clinique					350.00	
Z	9Z	Z*16982	Honoraires Dr. LACHKAR/M					400.00	
			Total Partie Honoraires					400.00	

Total : 750.00
Montant Facture : 750.00

Arrêtée la présente facture au montant de :
SEPT CENT CINQUANTE Dirhams

Payer en espèce

Clinique Tingis
Av. Abou Bakr Arrazi - Tanger - Maroc
Tél: 0539 94 69 90 - Fax: 0539 94 39 63

Le Docteur

Dr. LACHKAR M'hamed
Chirurgien
Av. Abou Bakr Arrazi - Tanger - MAROC
Tél: 05 39 34 04 04 Fax: 05 39 94 39 63
INP: 151088085

À l'honneur de présenter ses salutations à M.

M. S. W. S. F. O. O. A. O.

Et lui adresse, selon l'usage, sa note d'honoraires

Dr. LACHKAR M'hamed
Chirurgien
Av. Abou Bakr Arrazi - Tanger - MAROC
Tél: 05 39 34 04 04 Fax: 05 39 94 39 63
INP: 151088085

Tanger, le

07/02/07

CLINIQUE CROISSANT ROUGE

05/02/2020 23:33:11

6 RUE MANSOUR DAHABI

TANGER

0539942517

Bon / Facture N° : 20000109 /25

Nom et Prenom **MASMOUDI**

FOUAD

Nature **DIVERS**

Demandé par

Code Acte **C1**

Nom Acte **CONSULTATION GENERALISTE**

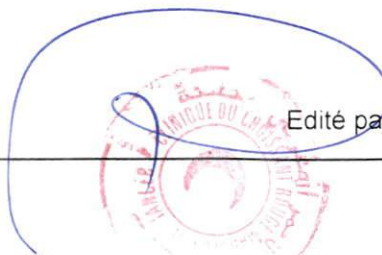
Code Medecin **02**

Nom Medecin **ALAOUI DRISS**

Montant **120.00**

Mode Réglement **ESP**

Edité par KBIR FERDAOUSS



CLINIQUE CROISSANT ROUGE

05/02/2020 23:33:29

6 RUE MANSOUR DAHABI

TANGER

0539942517

Bon / Facture N° : 20000109 /26

Nom et Prenom **MASMOUDI**

FOUAD

Nature **DIVERS**

Demandé par

Code Acte **R10**

Nom Acte **RADIO R10**

Code Medecin **02**

Nom Medecin **ALAQUI DRISS**

Montant **120.00**

Mode Réglement **ESP**

Edité par KBIR FERDAOUSS

