

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19-0032101

☒ Maladie

☐ Dentaire

Doc
n° 59928

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1221 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BLOUJI MUSTAHA

Date de naissance : 30/09/49

Adresse : 172 BD MED VI TANGER

Tél. : 0671343406 Total des frais engagés : 493 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/06/2021

Nom et prénom du malade : HITMI LA'LA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gastro-entérologie

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 : Tanger Le : 11/02/2021

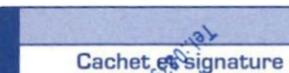
Signature de l'adhérent(e) :

0606694719

RELEVÉ 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
20.01.06	Consultation	1	15 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>صيدلية الأندلس PHARMACIE AL ANDALOUS Dr. Jaoufik</p>	01/02/2024	143,30 DH

[illegible]

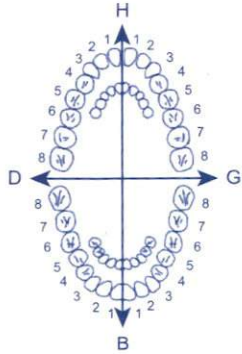
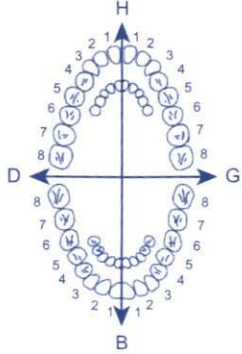
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30-01-21	Salle d'urgence				200 00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

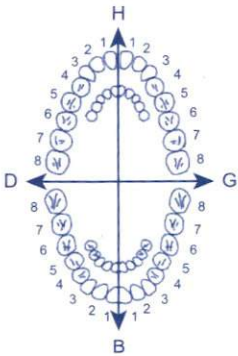
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
							DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
								FIN D'EXECUTION <input type="text"/>			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>							
<div><div>H</div><div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div></div><div>D<div>G</div></div><div><div>00000000</div><div>00000000</div></div><div><div>35533411</div><div>11433553</div></div></div> <div>B</div>					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>						DATE DU DEVIS <input type="text"/>					
							DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



médecin prescripteur

Tanger, le

Nom du patient

30/01/2021

Hickory
beetle

20, 00 DH

① order to J
Jed f. Austin

2) Nepshan Boy

98,80DH

③ And of

Apr 30

Bf 3

14.5

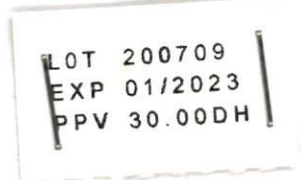
No. 143

STAN.

443 30

صيدية الأندلس
PHARMACIE AL ANDALOUS
Dr. Benjeloun Taoufik
11 EL EID EL EYAR MOHAMED 5
TEL: 05 39 94 69 10
TANER

Dr. Soufiane MEPTAH,
Medecin Généraliste
Tel.: 0539 40 89 39 - 0610 10 13 41
Tanger



Facture

N° Facture	Nom & Prénom Patient	Date Facture
FU00477/21	laïla HICHMI	30/01/2021
LIBELLE D'ACTE	MONTANT	
CONSULTATION GÉNÉRALISTE	CONSULTATION	150,00
FRAIS CLINIQUE	FRAIS CLINIQUE	200,00

CLINIQUE ASSALAM TANGER
10, av. Abderrahmane El Youssfi - Tanger
Tél.: 0539 32 25 58 - Fax: 0539 32 25 75
Accueil: 0539 32 25 75

Règlement

Montant

Droit de Timbre (0.25%) *

Net à Payer :

350,00

0,00

350

(*) Droit de Timbre sur état, Décision N° 2/04 du 17/03/2004

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

10, Av. Abderrahmane El Youssfi - Tanger - Tél.: 05 39 32 25 58 - Fax: 05 39 32 25 75 - Email: administration@cliniqueassalam.com

10, شارع عبد الرحمان اليوسفي طنجة - الهاتف : 05 39 32 25 58 - الفاكس : 05 39 32 25 75 - البريد الإلكتروني : administration@cliniqueassalam.com

R.C.: 13047 - N° Patente: 57200928 - N° I.F.: 04920295 - N° CNSS: 57200928 - N° I.F.: 04920295 - I.C.E.: 0015384650000468