

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.

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

Par vous

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

67962

Déclaration de Maladie
N° W19-578885

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Matricule : _____ Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : DR ISS BOUKTi b

Date de naissance : 30 - 06 - 1952

Adresse : POITE POSTALE: 1001
POSTE PRINCIPALE INDIQUEZ
Tél. : 06 10 60 06 03 Total des frais engagés : 1200, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ADNANE CRAIB
Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
أذن-حنف، أصوات و حركة
شارعختار السوسي في البلدة - تارودانت
الهاتف: 05 28 85 06 66

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : BOUKTi B DR ISS 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 : 17/04/2021

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-578885

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 : _____

ACCUEIL

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
08/10/2018				Dr. ORTOLANI - مراجعة العين - 150 دينار

CLINIQUE TAGHZAÏT
SERVICE P.E.
Av Hassan II et Rue 11 Janvier
Antic : 11. INEZGANE
Tél : 024 544 44 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date

Anno 1933

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

signation de Cœfficients

**Montant
des Honoraires**

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, 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

Inezgane, le : 28 - 03 - 2021

Patient admis pour epistaxis

Le malade est un homme de 45 ans, mal marié pour la tension artérielle (TA = 180/100 mmHg à l'admission). Un malaise nasal antérieur droit effectué sous anesthésie locale. L'hémorragie est importante.

Dr. ADNANE Choaïb
Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-faciale
الدكتور العدنان شويب
شارع الخطاطيف
العنوان: 11 جانفي - حي الحسني - الدار البيضاء

Dossier N° :



مصحة تغزوت
CLINIQUE TAGHZOUT

Chambre N° :

Inezgane, le : 28/03/41

NOTE D'HONORAIRES

Dr. ADNANE Choaïb
Spécialiste ORL et Chirurgie cervico-faciale
الأذن، الأنف، الحنجرة، راص و جراحة
شارع المختار السوسي حي البليار - تارودانت
الهاتف: 05 28 85 06 66

Le Docteur :

présente à M. : BOUKTIB DRiss

sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

400,00

Pour l'acte : 1K
Eo

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. ADNANE Choaïb
Spécialiste ORL et Chirurgie cervico-faciale
الأذن، الأنف، الحنجرة، راص و جراحة
شارع المختار السوسي حي البليار - تارودانت
الهاتف: 05 28 85 06 66

Dossier N° :



مصحة تغزوت
CLINIQUE TAGHZOUT

Chambre N° :

Inezgane, le : 18/03/11

NOTE D'HONORAIRES

CLINIQUE TAGHZOUT
SERVICE P.E.
Angle Av. Hassan II et Rue 11 Janvier
Hay Hassani - INEZGANE
Tél: 0528332333 Fax: 0528...-334

Le Docteur :

présente à M. :

Boukti B Driss

sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

550,00

Pour l'acte :

16
20

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

CLINIQUE TAGHZOUT
SERVICE P.E.
Angle Av. Hassan II et Rue 11 Janvier
Hay Hassani - INEZGANE
Tél: 0528332333 Fax: 0528...-334

Dossier N° :



مصحة تغزوت
CLINIQUE TAGHZOUT

Chambre N° :

Inezgane, le : 28/03/21.

NOTE D'HONORAIRES

Dr. Soraya HANI
Médecin Généraliste

Le Docteur :

présente à M. :

Bouktib DRiss

sa note d'honoraires s'élevant à la somme de

2.52.00

Pour l'acte :

C2

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. Soraya HANI
Médecin Généraliste



مَسْلَةْ تَغْزُوْتْ CLINIQUE TAGHZOUT

Identification fiscale n° 06949370
Patente n° 49336851

Exonéré de la TVA (Article 7 du bulletin officiel du 31/12/2001)

ICE: 00163 ICE: 001632135000037

Inezgane, le 28/03/2021

Facture pour BOUKTIB DRISS

FACTURE N°726/2021

Date d'entrée : 28/03/2021
Date de sortie : 28/03/2021

Frais bloc opératoire 550,00

Total Clinique	550,00
----------------	--------

Honoraires O.R.L (Dr CHOAIB ADNAN) 400,00
Honoraires Médecin Généraliste (Dr SORAYA HANI) 250,00

Net à payer	1 200,00
-------------	----------

Arrêté le montant de la présente facture à la somme de :

Mille deux cents DIRHAMS

CLINIQUE TAGHZOUT
SERVICE P.E.
Angle Av. Hassan II et Rue 11 Janvier
Hay Hassani - INEZGANE
Tél: 0528332333 Fax: 0528332334