

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 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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-795075

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-795075

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 :

et signature du Medecin
ant le Paiement des Actes
[CHU HASSANI] Fès
INPE : 141185694

Hôpital International
de Fos


FINANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	EXECUTION DE Date 7/3/2012
	ANALYSES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

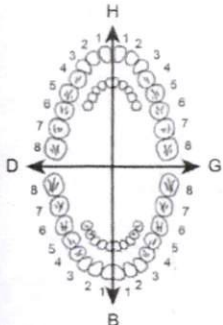
[illegible]

Cachet et signature du Particien	
	

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

et signature du Medecin
ant le Paiement des Actes
[CHU HASSANI] Fès
INPE : 141185694

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES		
Le pre	92,00	92,00
e		
Import		92,00
Veuille		

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																				
					MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																				
					DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																				
				FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																					

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	G	
	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital International de Fès
المستشفى الدولي لفاس

Fès, le 13.12.23

El AZAIZI Mohammed

Pr. M. MESSOUAK
Chirurgien Cardia - Vasculaire
CHU HASSAN II - Fès
INPE : 141185694

1. Landytre H

15'

9

2. Landytre

128'

9

3. Aldytre

128'

9

4. Cardenvel T

1cp

9

92,00 x 3 = 276,00

5. Coenyl

18'

9

276,00

Pr. M. MESSOUAK

Chirurgien Cardia - Vasculaire

CHU HASSAN II - Fès

INPE : 141185694

Soluna II route immouzer, en face Pharmacie El Kadiri, Fès

Tél. : 05 35 72 48 48 - Fax : 05 35 73 67 38

E-mail : direction@hopital-international-fes.ma

Site web : www.hopital-international-fes.ma

HOPITAL INTERNATIONAL DE FES



FES Le : 13-12-2023

Facture N° 16489/23				C. Débiteur			
A. Identification N° Dossier : HIF23L13165839 N° Identifiant : 008774/23 Nom & Prénom : M. EL AZAIZI MOHAMMED C.I.N : C46457 Adresse : IMM F APPT 4 HAY AZHAR AV IBN KHATIB FES				Organisme : Payant ICE : Adresse : N° d'affiliation : N° d'immatriculation : N° Prise en charge : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 13-12-2023 Date Sortie : 13-12-2023			
B. Assuré Lien avec l'assuré : Lui même Nom prénom :				Médecin traitant : DR . MESSOUAK MOHAMMED Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PRESTATIONS							
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00	
Total Rubrique :						100,00	
PARTIE CLINIQUE :						100,00	
HONORAIRES MEDICAUX							
1	DR. MESSOUAK MOHAMMED (CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE)		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						300,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 400,00	

QUATRE CENTS DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :
ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Hôpital International de Fes
Adresse : Lotissement Soluna 2, Route d'Imbouzer Fe
Tél : 35 72 48 48 - Fax : 05 35 73 67 38
E-mail : direction@hopital-international-fes.ma
Site Web : www.hopital-international-fes.ma

HOPITAL INTERNATIONAL DE FES

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 13-12-2023

DR. MESSOUAK Mohammed
Spécialité : CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
N° Patente : 141185694
Identifiant fiscal :
ICE :

PATIENT : M. EL AZAIZI MOHAMMED

HONORAIRES : 300,00 Dh
(TROIS CENTS DIRHAMS)

Pr.M.MESSOUAK
Chirurgien Cardio - Vasculaire
CHU HASSAN II - Fès
INPE : 141185694