

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie
M23-009246

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9312 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : AZIZ Ameel

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 39 77 71 49 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 : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 **M23-0009246**

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). Directional arrows point from the center of the arch towards the upper right (H), upper left (D), lower right (G), and lower left (B).

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



Déclaration de Maladie

N° W21-764087

par courrier

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2322

Société : En tam

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AZIZ RAMED

Date de naissance : 15-9-51

Adresse : RUE SEFFOUH NO 53 AIT AINGER

Tél. : 05 22 93 07 19 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin : BENSAID RAJAA

Résidente en Rhumatologie

CHU Taber

INPE 061182909

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2023

Nom et prénom du malade : Ahmed Aziz Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : de l'arthrite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 11

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 : 16/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-764087

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 : 2322

Nom de l'adhérent(e) : AZIZ RAMED

Total des frais engagés : 23400

Date de dépôt : 24/03/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

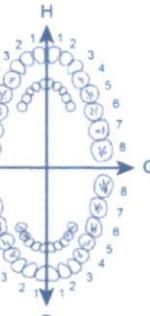
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
16/03/2023				<p>DR. BENSA Résidente en RHUMATOLOGIE INPE : CHU TANGER INPE : 081162905</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552										
	D	00000000	00000000										
	B	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
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													

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
HÔPITAL

TANGER



BULLETIN DE CONSULTATION

N° 0020163

N° d'ordre:

Date: 16/03/2023 Heure de consultation : 11

N° Quittance:

P: Ind: Mut:

P.S: Exon: Ayant droit:

Médecin de garde :

Nom et Prénom du malade :

Age:

Sexe:

Diagnostic :

Provenance: Ville:

U /

Localité :

R /

Adressé par

Public: /

Privé: / Autres:

Traitemen Ambulatoire :

*faire 8vl examen
cytobactérienne M.F. du liquide
de poitrine avec certain avec
cellule et recherche de maladie.*

*et Sera pris Cytobactérienne M.F. le
Liquide de poitrine Signé 1182909
RTA (DRL-72HA) (NPA)*

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES IBERIA

2, Place koweit IBERIA Tanger

Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Mr AAZIZ AHMED

Dr RAJAA BENSAID

Réf. : 23C569

Ouvert le: 17/03/23 Prélèvement effectué à 11:57

Edition du : 24/03/23

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE D'UN LIQUIDE ARTICULAIRE

ETUDE CHIMIQUE

Volume -----:	7	(Normale<3,5 - Pathologique>3,5)
Couleur -----:	Jaune	(Normal: Claire,Paille - Pathologique : Blanc, Vert, Jaune, Rouge)
Aspect -----:	Légèrement trouble	(Normal: Transparent)
Viscosité -----:	Normale	(Normal: Visqueux)
Leucocytes -----:	30 /mm3	(Normal: < 200, Non inflammatoire<ou=2000, inflammatoire > 2000)
Polynucléaires neutophiles -----:	20 %	(Normal< 25, Inflammatoire >50,)
Hématies -----:	2 200 /mm3	
Cristaux -----:	Présents+	
Glucose -----:	0,72 g/l	
Proteines -----:	24 g/l	(Normal< 25, Non inflammatoire< 30, Inflammatoire >40)
Culture -----:	Négative.	

Le Laboratoire Médical IBERIA
Dr. Nouredine EL FOUNINI
Pharmacien Biologiste
Tél. 05 39 93 70 21 - Fax: 05 39 93 68 20
GSM: 06 64 44 33 54

M.F.

Impression recto- verso, écologique
Pour mieux vous servir, Merci de bien vouloir retenir votre numéro de référence.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place IBERIA Tanger
Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie
MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immuno pathologie
Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)
Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)
DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Tanger le 17 mars 2023

Mr AAZIZ AHMED

FACTURE N°	61725
------------	-------

Analyses :		
Cytobactériologie d'un liquide articul	B	190 Total : B 190
Prélèvements :		
Flacon stérile	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER		234,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Trente Quatre Dirhams

Dr. Nouredine EL FOUNINI
Laboratoire Médical IBERIA
Tanger
0536632121

INPE

INPE
163060601

I. F. : 24302030
I.C.E : 00073127700065