

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-775029

170227



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1168

Dentaire

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionnée(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJIBORN BENJIBORN

Date de naissance : 30-06-1923

Adresse : Complexe EL HASSAN II 20000 CASABLANCA

Etage : 6 Pièce : 106

Tél. : 0661984193

Total des frais engagés : 68412 Dhs

DR. MABLI SADAK

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : en/07/2023

Nom et prénom du malade : EDBASSI FATHIMA

Age : 46 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Douleur du pied

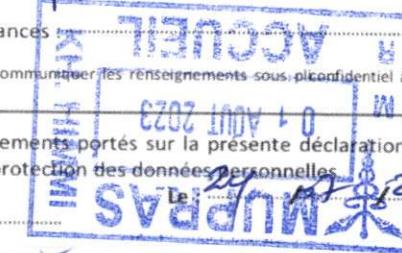
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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

Signature de l'adhérent(e) :



01 AOUT 2023

MUPRAS

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
24/7/93		CS 300.000.00		INP : 151260122
				DR INSIFIY YASSI
				Asthésie / Réanimation

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR INSIFIY YASSI	24/7/93	84.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie CHU de Tanger Tanger, Av. Moulay Rachid INP : 07064871	24.07.93	Rap pied FIP	300 D.H.

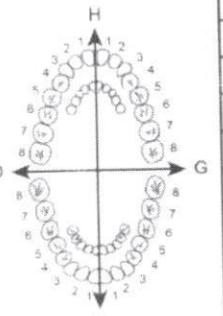
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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	

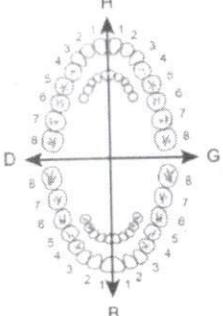


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession





AKDITAL

Hôpital Privé de Tanger
المستشفى الخاص لطنجة

Tanger, le 24/07/07

Fatima Ed Baha

31.10

Decès 10

11

Myxev

12/08

13.10

Release

11

Myxev



84.20



Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid - TANGER

Tél. : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83

E-mail : direction@hptanger.ma

Site web : www.hptanger.ma



AKDITAL

Hôpital Privé de Tanger
المستشفى الخاص لطنجة

Tanger, le 24/07/05

RADIOGRAPHIE

Prescrite par le DR Nahla Sidi

Nom du malade Idrissa Fal

Renseignements cliniques sommaires

Examen demandé DL de poitrine

..... Radios thorac

..... (face et profil)

Hôpital Privé de
Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid
Service Radiologie
TANGER
NDE 010084871

HOPITAL PRIVE DE TANGER



010064871

TANGER Le : 24-07-2023

Facture N° 22451/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : HPT23G24094645

N° Identifiant : 019122/23

Nom & Prénom : Mme ID BAHA FATIMA

C.I.N : JA71824

Adresse : TANGER

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 24-07-2023

Date Sortie : 24-07-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . INSFIOUI YASSINE

Acte : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
RADIOLOGIE						
1	PIED FACE + PROFIL		300,00			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						600,00

SIX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Hôpital Privé de Tanger
Service Radiologie
Quartier Mesnana Av. Moulay Rachid
TANGER
INPE : 010064871

Hôpital Privé de Tanger
Sis à Quartier Mesnana, Av. My. Rachid
TANGER
Tél : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83
INPE : 010064871



AKDITAL

Hôpital Privé de Tanger
المستشفى الخاص لطنجة

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

• IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Anglo-scanner / Anglo-IRM • Coloscopie virtuelle •
Dentascanner • Mammographie Numérique • Echographie générale • Echo Doppler • Radiologie Standard Numérique
• Rachis Entier • Gonométrie • Radiologie Interventionnelle • Mammographie Numérique

Tanger le 24/07/2023

PATIENT : **ID BAHÀ FATIMA**

MEDECIN PRESCRIPTEUR : **DR. INSFIOUTI YASSINE**

RADIOGRAPHIE DU PIED FACE ET PROFIL :

- La trame osseuse est homogène.
- Les interlignes articulaires sont respectés.
- Pas de trait de fracture.
- Pas de tuméfaction des parties molles.

*Hôpital Privé de Tanger
Service de Radiologie
Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid
Tél. : 05 39 31 98 98 - Fax : 05 39 31 07 83 - E-mail : direction@hptanger.ma - Site web : www.hptanger.ma
ICE : 002984362000029 - IF : 51746760*

Pour consulter les images de cet examen

Lien : <http://hptanger.ddns.net:8081/images/>

Login : HIS797877462393

Mot de passe : HIS19122

Quartier Mesnana - Avenue Moulay Rachid - TANGER

Tél. : 05 39 31 98 98 • Fax : 05 39 31 07 83 E-mail : direction@hptanger.ma • Site web : www.hptanger.ma
ICE : 002984362000029 - IF : 51746760