

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-466350

178959



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9101	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<i>Carac Aero SA</i>	
Nom & Prénom :		ZAMRANE Abdel - Ilah.	
Date de naissance :		17-02-65	
Adresse :		18 rue Amsterdam Casab.	
Tél. :		0661318825	Total des frais engagés 1103,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/09/2023			
Nom et prénom du malade : ZAMRANE Younes			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : <i>TAURALG</i>			
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) :

Le : 30/09/2023



Amra

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

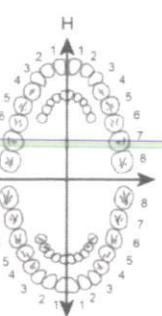
AUXILIAIRES MÉDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		H	25533412	21433552											
		D	00000000	00000000											
		B	00000000	00000000											
		G	35533411	11433553											
(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	ZAMRANE YOUNESS	N° Facture :	24 551	329MO-001
Produit		Quantité	Prix Unitaire	Montant
BANDE VELPEAU 15CM (01)		1	40,00	40,00
ELASTOPLASTE 15CM (10)		3	19,50	58,50
LAME DE BISTOURI 11 (100)		1	5,00	5,00
Sous-Total consommable médical				103,50
(*) Conditionnement hospitalier			Total pharmacie	103,50

Service Urgence
 Clinique Multidisciplinaire de Tanger
 Place du Maghreb Arabe
 City Center - Bvd. Hassan II - Tanger
 Tél: 05 39 30 90 00

Le : 30/09/2023

Références

24 551 / 230930225352038120

PAYANT

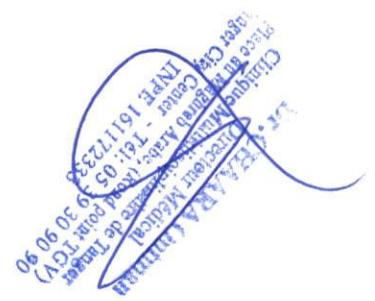
Entrée / Sortie : 30/09/2023 - 30/09/2023

Le Dr. CHAARA OUTMAN

présente à Mr ZAMRANE YOUNESS

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500,00 Dhs (CINQ CENTS DIRHAMS)

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

*Cachet et signature*

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DE TANGER

F A C T U R E

N° 24 551 / 2023 du 30/09/2023

Nom patient	ZAMRANE YOUNESS	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	30/09/2023	30/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
PHARMACIE	1,00		103,50	103,50
			Sous-Total	103,50
Total Frais Clinique				203,50
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. CHAARA OUTMAN	1,00	CS	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
CENTRE RADIOLOGIE INT (radiologie)	1,00	RX PIED F/P	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total prestations externes				900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT TROIS DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES	Total général 1 103,50

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
		1 103,50	0,00

Service Urgence
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 90 90



Tanger, le 30/09/2023

الدكتورة جعفرى فدوى
أخصائية الأشعة

Dr. JAAFARI FADWA
Radiologue

PATIENT(E): ZAMRANE YOUNESS

PIED FACE +OBLIQUE

RESULTAS :

Minéralisation osseuse normale.

Fracture peu déplacée au niveau du corps de la phalange proximale du gros orteil.

Intégrité des articulations.

Absence de lésion osseuse suspecte.

Absence d'anomalie des parties molles.

التصوير بالرنين المغناطيسي
IRM 1,5 Tesla
المسح بالأشعة
Scanner 64 Barrettes
التصوير الشعاعي القياسي
Radiographie standard
التصوير الشعاعي للثدي
Mammographie
الموجات فوق الصوتية
Echographie
قياس كثافة العظام
Ostéodensitométrie

Merci de votre confiance.

Service Accueil
Centre de Radiologie International de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 07 85

RC : 137033
IF : 34420152
CNSS : 1422573
ICE
002214282000045
RIB :
022 640 000 018 00 301472 03 21

Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Service d'Urgence
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 07 85



ORDONNANCE

TANGER, le : 30/09/2023

PAYANT : 329MO-001
30/09/2023
ZAMRANE YOUNESS
01/07/2013 M
DR.CHAARA OUTMAN

Rx pris droit
F+P

Service Accueil
Centre de Radiologie Internationale de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tel: 05 39 30 07 85

Service Urgence
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond point TGV) Tanger
Tel: 05 39 30 90 90

Dr. CHAARA OUTMAN
Prise de Mesures d'Urgence - Tél: 05 39 30 90 90 (TGV)
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe, City Center (Rond point TGV) Tanger
N°PE 16111233



ORDONNANCE

PAYANT

30/09/2023

ZAMRANE YOUNESS

01/07/2013

DR.CHAARA OUTMAN

1329MO-001

M

TANGER, le : 30/09/2023

ZAMRANE
Younes

Difal 25
Acp x 3/j au cours de
repas

Service Urgence
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Place du Maghreb Arabe,
City Center (Rond Point TGV) Tanger
Tél: 05 39 30 90 90

PLACE DU MAGHREB ARABE, CITY CENTER (ROND-POINT TGV) - TANGER TÉL 05 39 30 90 90 - CONTACT.CIT@CIMSANTE.COM
CNSS : 1423373 - PATENTE : 57209623 - IF : 34442260 - ICC : 002249378000046



ORDONNANCE

TANGER, le : 30/09/2023

PAYANT : 329MO-001
30/09/2023
ZAMRANE YOUNESS
01/07/2013 M
DR.CHAARA OUTMAN

en fait admis aux urgences
par traumatisme du gros œil
droit. Le patient a bénéficié
d'un bilan radio. Radiographie
d'un œil spécialiste.

Patient déclaré sous
avec ordonnance

Centre CIT INPE 16117233
Télé 05 39 30 90 90
Clinique Multidisciplinaire de Tanger
Directeur : DR. CHAARA OUTMAN