

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

adiologie 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.

ND : N° P19- 048991

76795

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAJI MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : CHE RATH DR. 80 RUE 1 APP 1 OULFA

Tél. : 06.70.98.62.80 Total des frais engagés : 61720 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/06/2011

Nom et prénom du malade : HAJI MOHAMED

Age : 77

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 : CASA

Le : 07/06/2011

Signature de l'adhérent(e) :



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
07/06/2021				DR. AKSAR Mohamed Médecin Généraliste - CHP Taroudant - 041242454

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE 34</i> P. M. Mohamed Ch. Balia Tél: 05 20 15 18	07/06/2021	<i>Ministre de la Santé CHP Taroudant Hôpital Mokhtar Soussi Tél: 05 20 15 18</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>07/06/2021</i>	07/06/2021	<i>Ministère de la Santé CHP Taroudant Hôpital Mokhtar Soussi</i>	<i>21200</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to				

Centre Hospitalier Provincial de Taroudant

Reçu de M HASSAN Montant M 100La Somme de Quarante Deniers

Objet de la Recette	Montant
	<u>M 100</u>
	<u>M 100</u>
TOTAL	<u>M 200</u>

Facture N° 20299Quittance N° 108168Date 02/06/14

Cachet et Signature

Ministre de la Santé
 CH P de Taroudant
 Hôpital Mokhtar Soltani
 Banque des Retraites



Centre Hospitalier Provincial de Taroudant

Reçu de M HASSAN Montant M 200La Somme de Cent deniers plus et non plus

Objet de la Recette	Montant
	<u>M 200</u>
	<u>M 200</u>
TOTAL	<u>M 400</u>

Facture N° 18674Quittance N° 108169Date 02/06/14

Cachet et Signature

Ministre de la Santé
 CH P de Taroudant
 Hôpital Mokhtar Soltani
 Banque des Retraites





DEMANDE D'EXAMENS RADILOGIQUES

Hôpital : Service: N° d'Admission: /
 Nom & Prénom: *Hajji Ameur* Age: Sexe: H F

Renseignements cliniques:

TAH

Membres supérieurs:	Prix en dh:	Tête:	Prix en dh:
<input type="checkbox"/> [T101] Main	112.50	<input type="checkbox"/> [T145] Articulation Temporo Maxillaire	60.00
<input type="checkbox"/> [T102] Poignet	112.50	<input type="checkbox"/> [T145] Os Propre du Nez	60.00
<input type="checkbox"/> [T103] Avant Bras	112.50	<input type="checkbox"/> [T146] Crâne, Massif Facial	112.50
<input type="checkbox"/> [T104] Coude	112.50	Rachis :	
<input type="checkbox"/> [T105] Bras	112.50	<input type="checkbox"/> [T164] Rachis segmentaire:	75.00
<input type="checkbox"/> [T111] Epaule	60.00	<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> lombaire	
Membres inférieurs:		<input type="checkbox"/> Sacré <input type="checkbox"/> Sacré coccygien	
<input checked="" type="checkbox"/> [T119] Pied	112.50	Poumon :	
<input type="checkbox"/> [T120] Cheville	112.50	<input type="checkbox"/> [T163] Gril Costal (Thorax)	90.00
<input type="checkbox"/> [T121] Jambe	112.50	<input type="checkbox"/> [T205] Poumon	120.00
<input type="checkbox"/> [T122] Genou	112.50	Abdomen:	
<input type="checkbox"/> [T123] Cuisse	112.50	<input type="checkbox"/> [T222] ASP	120.00
<input type="checkbox"/> [T131] Bassin+ Sacro-iliaques	112.50	<input type="checkbox"/> [T222] AUSP	120.00
<input type="checkbox"/> [T134] Hanche	112.50	Sein:	
<input type="checkbox"/> TDM (Scanner) :	700.00	<input type="checkbox"/> [T229] Mammographic	220.00
<input type="checkbox"/> [R404] Echographie:	200.00	<input type="checkbox"/> [R400] Echocoeur	300.00
<input type="checkbox"/> Autres Examens :		<input type="checkbox"/> [H500] ECG	50.00
<i>06/07/2022</i>		Nom et signature de Médecin :	
		<i>Dr. AKSAR Mohamed</i>	
		<i>Médecin Généraliste</i>	
		<i>- CHP Taroudant -</i>	



FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 040005373

N° Compte Courant : 21-40

Facture Examen Numéro : 18674

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE TAROUDANT

Identification :

Index Patient : 54112001-01-725902

N° Examen : 18709

Nom et Prénom : HAJIL MOHAMED

IN :

Adresse : CASABLANCA TRD

Nom Parenté :

Nom et Prénom :

N°CIN :

Débiteur :

PAYANT


Ministère de la Santé
Préfecture de Taroudant
Hajil Mohamed Hajji

Date :

Date Examen : 07/06/2021

étail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
XAMEN RADIOLOGIQUE DU PIED, MINIMUM DEUX INCIDENCES	T119	Z		15.00	1,00	112.50
Montant Total :						112.50

RESTER LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE :

CENT DOUZE DIRHAM(S) ET CINQUANTE CENTIME(S)

Montant payé : 112,50 Montant Total : 112,50

air à Taroudant le 07/06/2021
07:55

Signature du responsable





-HOPITAL PROVINCIAL TAROUDANTE
-HOPITAL SANS TABAC
-HOPITAL AMIS DE L'ENVIRONNEMENT

SERVICE

Taroudante le :

ORDONNANCE

Docteur



M Abde



LOT: AKA19
EXP 11/23
PPC 65.00 DH

65,00

regx3

Codol



PPV: 22DH20
PER: 03/23
LOT: K655

22.2 regx3

3) Volt

36.20

Oder 20

52.80

6 118001 030408
VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH



Lot 201157
Exp 04/2023
PPV 52.80 DH



⇒ On these chills

Hôpital Provincial de Taroudante - Tel: 05.28.85.30.80 - Fax: 05.28.85.24.26

216,20



FACTURE CONSULTATION

Code ANAM : 040005373

N° Compte Courant : 21-40

Facture Consultation Numéro : 20299

TRÉSORERIE PROVINCIALE DE TAROUDANT

Identification :

Index Patient : 54112001-01-725902

Nom et Prénom : HAJJI MOHAMED

CIN :

Adresse : CASABLANCA TRD

N° Consultation : 20432

Médecin :

Sur prescription du : Dr. AKSAR MOHAMED

Spécialité: MÉDECINE GÉNÉRALE

Type de consultation : CONSULTATION MÉDECIN
GÉNÉRALISTE

Débiteur :

PAYANT

A large blue ink signature is written over a red rectangular stamp. The stamp contains the text 'Ministère de la Santé', 'CHP de Taroudant', and 'Hôpital Mokhtar ESSoussi'.

Date :

Date de prise de rendez vous :

Date de consultation: 07/06/2021

Montant Consultation : 40,00DH

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUARANTE DIRHAM(S)

07/06/2021 19:04:46

Facture Etablie Par Personnel N° : 233

Signature du responsable :