

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2322		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	206819
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-694412
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 :	_____

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

- 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.

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° W21-648076

Par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2399 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ABIZI, AHMED

Date de naissance :

15-9-59

Adresse :

RUE SABROU N°5 - TANGER

Tél. : 0524 490749

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MAKARIM Med RIDA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Tel. 06 66 54 57 53

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12-2-22

Nom et prénom du malade :

ABIZI AHMED Age: 59

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

exat epate

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 : 12-2-22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-648076

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 : 2399
Nom de l'adhérent(e) : ABIZI
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet d'Authenticité du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
11-07-22	Medecin (chir)		1730,00 DT	INP : 161181896 Dr. Jadi Mounim
11-07-22	Medecin (Rés.)		2270,00 DT	Anesthésiste - Réanimateur
11-07-22	Frais de pharmacie		1000,00 DT	06 61 63 03 43 LINPE : 161181896 Clinique Sidi Amar

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
Pharmacie Lamtaï 6, Rue Abdellatif Lamtaï tél.: 05 39 03 43 18 Tanger INPE: 162039564	02-2-22	64,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

Clinique Sidi Ammar

Clinique multidisciplinaire

Médecine et Chirurgie - Obstétrique
Gynécologie - Chirurgie Générale
Chirurgie Connective et Restauration
Chirurgie de la Colonne Vertébrale
Chirurgie Esthétique
Médecine Générale et Urgente
Chirurgie de l'Oreille du Nez et le Cou



INPE : 160 003 851

مصحة سيدى عمرار

مصحة متعددة التخصصات

الطب والجراحة - أمراض النساء والولادة
الجراحة العامة - ترميم وجمالية العضام
جراحة العمود الفقري - جراحة التجميل
الطب العلامة والمستعجلات
جراحة الأذن والحنجرة والأنف

Tanger le:

12/12/2022

PPV: 42DH60

PER: 10/24

LOT: K2732

Mr Ahmed Aouziz

29,00

22,00 1 Moini 7.5

50

Dr. NABIL ARABIN MED RIDA
CHIRURGEN ORTHOPEDISTE
TRAUMATOLOGUE
Tel. 06 66 54 57 57



Pharmacie Lamtafi
6, Rue Abi Hanifa Lamtafi
Tél.: 05 39 93 43 18 Tanger
INPE: 162039564

Clinique Sidi Ammar

Clinique multidisciplinaire

Médecine et Chirurgie - Obstétrique
Gynécologie - Chirurgie Générale
Chirurgie Connective et Restauration
Chirurgie de la Colonne Vertebrale
Chirurgie Esthétique
Médecine Générale et Urgente
Chirurgie de l'Oreille du Nez et le Cou

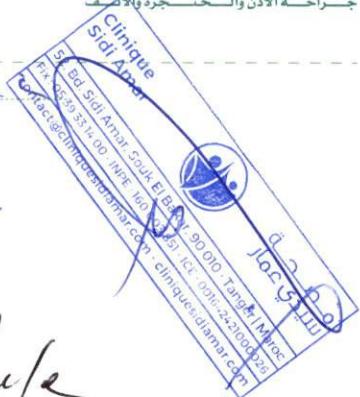


INPE : 160 003 851

Tanger le : 18-02-2018

CRo

M^R MAZZZ AHMED



Dr. luxation épaule
C

Sur les

retour de la luxation
de l'épaule C pres
d'aujourd'hui

Dr. MAKARIM Med RIDA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Tel. 06 66 54 57 53

Dr. MAKARIM Med RIDA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Tel. 06 66 54 57 53

CLINIQUE SIDI AMAR



F A C T U R E

N° 354 / 2022 du 12/02/2022

Nom patient	AAZIZ AHMED	Entrée 12/02/2022	Sortie 12/02/2022
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AIDE OPERATOIRE	1,00		200,00	200,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	15	180,00	180,00
HOPITAL DU JOUR	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	680,00
PHARMACIE	1,00		320,00	320,00
			Sous-Total	320,00
Total Frais Clinique				1 000,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MAKARIM MOHAMMED (traumatologue)	1,00		1 730,00	1 730,00
DR. JADI MONAIM (réanimateur-anesthés)	1,00		270,00	270,00
			Sous-Total	2 000,00
Total prestations externes				2 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DIRHAMS	Total général 3 000,00
---	-------------------------------

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	3 000,00		3 000,00	0,00

Droit de timbre 7,50

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : AAZIZ AHMED	N° Facture	354	22B121843
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CHARLOTTE	1	1,57	1,57
DIPRIVAN 10MG/ML INJ	1	70,20	70,20
DIVERS 1	1	60,00	60,00
ELASTOPLAST 10CM	1	44,33	44,33
FENTANYL 500MG/10ML INJ	1	28,90	28,90
GAZ B.O	1	100,00	100,00
INTRANULLE G 20	1	8,00	8,00
SERINGUE 10CC	1	2,00	2,00
SERINGUE 20CC	1	2,00	2,00
SURCHAUSSEAU	2	1,50	3,00
Total pharmacie		320,00	



CLINIQUE SIDI AMAR

NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/02/2022

Références

354 / 220215105147139037
PAYANT

Entrée / Sortie : 12/02/2022 - 12/02/2022

Le Dr. MAKARIM MOHAMMED RIDA

présente à Mr AAZIZ AHMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 730,00 Dhs

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

Espèces

Dr. Makarim Med Rida
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Tel. 06 66 54 57 53

DR MAKARIM Med RIDA
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
Tel. 06 66 54 57 53

Cachet et signature

CLINIQUE SIDI AMAR

NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/02/2022

Références

354 / 220215105203139038
PAYANT

Entrée / Sortie : 12/02/2022 - 12/02/2022

Le Dr. JADI MONAIM

présente à Mr AAZIZ AHMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
270,00 Dhs

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

Espèces

Dr. Jadi Monaim
Anesthésiste - Réanimateur
06 61 63 03 43 / INPE : 161 161 895

Cachet et signature

CLINIQUE SIDI AMAR

NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/02/2022

Références

354 / HHH220215105431YA
PAYANT

Entrée / Sortie : 12/02/2022 - 12/02/2022

Le ... CLINIQUE

présente à Mr AAZIZ AHMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000,00 Dhs

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

Espèces

Clinique Sidi Amar
Sidi Amar sous l'égide de l'Ordre des Médecins
Fax : 05 23 33 14 00 / INPE : Maroc 161 161 895
Site : www.cliniquesidamar.com
E-mail : cliniquesidamar@clairsidamar.com

Cachet et signature