

## 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** :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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-648076

19322  
19322  
pli  
courrier

<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 checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZIZ - AHMED			
Date de naissance : 15-09-52			
Adresse : RUE SIEFR DU NO 5 TRANSER			
Tél. :	06 99 93 07 179	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Abou El Jinali Mustapha  
Médecine Générale  
77 Av. Fatima Zohra  
Lazifat Beni Makada  
(Prés de la Pharmacie Lazifat) Tanger  
Tél. 0559 95 32 65 / 0559 37 63 91

Cachet du médecin : *juil 2012, ever*

Date de consultation : *juil 2012, ever*

Nom et prénom du malade : *AZIZ Ahmed* Age: *50 ans*

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

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 : *2322*  
Nom de l'adhérent(e) : *AZIZ*  
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 et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/10/21 2021	ES	1	150000	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bou El Jdid Al Ghazale Médecin : Dr. Makadem Signature :  Date : 22/05/2021

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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
	12/02/2021	30	120.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
				Date de l'exécution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE CROISSANT ROUGE

6. RUE MANSOUR DAHABI

TANGER

0539942517

ICE 001798645000023

INPE 160002887



12/02/2022 15:40:48

الهلال الأحمر المغربي  
Croissant Rouge marocain

Bon / Facture N° : 22000130 / 16

Nom et Prenom AAZIZ

AHMED

Nature EXTERNE

Demandé par

Code Acte R10

Nom Acte RADIO R10

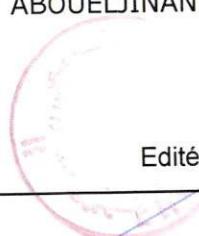
Code Medecin 06

Nom Medecin ABOUELJINANE MUSTAPHA

Montant 120.00

Mode Règlement ESP

Edité par WASSIMA



CLINIQUE CROISSANT ROUGE

6. RUE MANSOUR DAHABI

TANGER

0539942517

ICE 001798645000023

INPE 160002887



12/02/2022 15:40:25

الهلال الأحمر المغربي

Croissant Rouge marocain

Bon / Facture N° : 22000130 / 15

Nom et Prenom AHMED

AAZIZ

Nature EXTERNE

Demandé par

Code Acte C1

Nom Acte CONSULTATION GENERALISTE

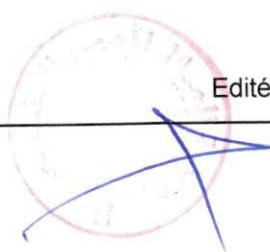
Code Medecin 06

Nom Medecin ABOUELJINANE MUSTAPHA

Montant 150.00

Mode Règlement ESP

Edited by WASSIMA



# Clinique du Croissant Rouge

6, Rue Mansour Dahabi

Tél.: 05 39 94 69 76 / 05 39 94 25 17

Fax : 05 39 94 31 00

TANGER



# مصحة الهلال الأحمر

6، شارع المنصور الذهبي

الهاتف : 05 39 94 69 76 / 05 39 94 25 17

الفاكس : 05 39 94 31 00

طنجة

Tanger, le 12/09/2002 طبقة في

## RADIOGRAPHIE

Prescrite par le Dr. Abou El Sinaoui H.

Nom du malade AAZIZ Ahmed

Renseignements cliniques sommaires.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Re: epoxide thrombin

Dr. Abou El Sinaoui H.  
Médecin Général

77, Av. Fatima Zohra  
Laazif, Beni Makkara  
Télé: 0539 05 32 65 / 0539 37 63 91

Prise de la Pharmacie Laazif) Tanger  
Signature