

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.

Diagnostique 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

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° M20- 0000447

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1503 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 111388
Nom & Prénom : Boudaher Fatima
Date de naissance : 1958
Adresse : Lots nass Rue 18 N° 12 Tanger
Tél. : 06 56 15 66 68 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 20/04/22
Nom et prénom du malade : Boudaher Fatima Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Chute
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 26/02/22

RELEVÉ 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
26/02/22			CG	Dr. El Boujadani Meryem Médecin Interne CHU Jangas - Assilah Traumatologie, Orthopédie Médecin Résident Dr. Othmane MSABH

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
	26/02/22	Racherville T120	222,500 D'Admin Hôpital Mohammed VI

AUXILIAIRES MEDICAUX

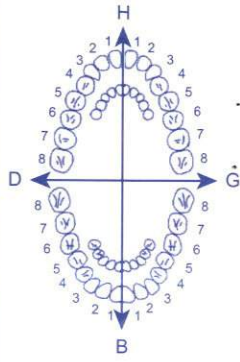
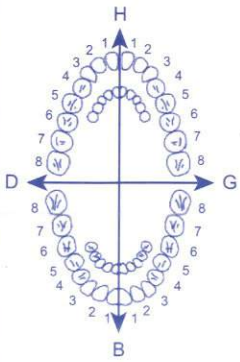
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
C.H.R.
HÔPITAL MOHAMED V
TANGER

N° Examen

Date 26/02/22

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIE

Nom du Malade : Soutaher Age:

Date d'entrée:

N° d'entrée

Service :

Renseignements cliniques

(Urgent / Nom-Urgent)

Réponse

Rx cheville D & G
P/P

Région (localisation) :

Médecin demandeur

Rendez-vous :

Mutualiste, - Payant - Indigent.

CHR Tanger - Assilah
Medecin Interne
Dr. Meryem

مستشفى محمد الخامس
HOPITAL SANS TABAC

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N°481642

Hôpital :

MOHAMMED V
Reçu de M : BOUTAHER FATIMA

LE 26/02/2022

N° EXAMEN

8571

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
T120>>EXAMEN RADIOLOGIQUE DE LA CHEVILLE, MINIMUM DEUX INCIDEN	N°Facture 8078 112,50 DH



TOTAL :

La somme de :

##CENT DOUZE DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIME##

112,50 DH

IdPoste : 33

Caissier : boubakraouil



BULLETIN DE CONSULTATION

N° d'ordre :

Date : 26/02/2022

Heure de consultation : 12

N° Quittance :

P : ☐

Ind : ☐

Mut : ☐

P.S : ☐

Exon : ☐

Ayant droit : ☐

Médecin de garde :

Nom et Prénom du malade :

Age : 82

Sexe : M

Diagnostic :

Provenance : Ville :

U ☐

Localité :

R ☐

Adressé par :

Public : ☐

Privé : ☐

Autres : 12/02/2022

Traitement Ambulatoire :

Consultation Traumatisme
(Entorse Cheville)

Cedol 1cp 3x
Amig 20mg = 1cp 6 Imatin 1000